

Maija Tyrvänen

TERVEYDENHOITAJIEN KÄSITYKSIÄ LASTEN
PAINONHALLINNASTA SATAKUNNAN ALUEEN
NEUVOLOISSA

Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystyön suuntautumisvaihtoehto
2010

TERVEYDENHOITAJIEN KÄSITYKSIÄ LASTEN PAINONHALLINNASTA SATAKUNNAN ALUEEN NEUVOLOISSA

Tyrvänen Maija
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala Pori
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Tammikuu 2010
Ohjaaja: Liimatainen-Yläne Elina
Sivumäärä: 52
Liitteitä: 5

Asiasanat: lastenneurolat, terveydenhoitajat, ylipaino, lihavuus, lapset, työmenetelmät

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, miten lastenneuvoissa työskentelevät terveydenhoitajat käytännössä toimivat alle kouluikäisten lasten painonhallinnassa. Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiä olivat: mikä on Satakunnan alueen terveydenhoitajien mielestä ongelmallista ylipainoisen tai lihavan lapsen hoidossa sekä millaisia ovat Satakunnan alueen terveydenhoitajien työmenetelmät lasten painonhallinnassa.

Opinnäytetyö toteutettiin lähettämällä sähköinen kysely Satakunnan alueen lastenneurolatyötä tekeville terveydenhoitajille. Tutkimusmenetelmä oli kvantitatiivinen. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä kahden Satakunnan keskussairaalan lasten poliklinikan Lasten lihavuus -työryhmän jäsenen kanssa.

Opinnäytetyön lähtökohtana oli ylipainoisten ja lihavien lasten määrän kasvu. Lasten painonhallinta on yksi keskeisimmistä lastenneurolan terveyden edistämisen tehtävistä, koska terveyden perusteet luodaan jo lapsuudessa.

Opinnäytetyössä selvitettiin kyselytutkimuksen avulla Satakunnan alueen terveydenhoitajien tietoja ja työmenetelmiä lasten painonhallinnassa sekä käsityksiä lasten painonhallinnan problematiikasta. Opinnäytetyössä selvitettiin muun muassa vuonna 2005 julkaistun Lasten lihavuuden Käypä hoito -suosituksen tuntemusta. Opinnäytetyön pääasiallinen tulos oli, että terveydenhoitajien työmenetelmät olivat jokseenkin puutteelliset sekä lastenneurolan lasten painonhallintatyöhön suunnatut resurssit olivat riittämättömät. Tulosten perusteella terveydenhoitajille olisi suositeltavaa järjestää täydennyskoulutusta lasten painonhallinnasta.

THE ASSUMPTIONS OF PUBLIC HEALTH NURSES IN CHILDREN'S WEIGHT CONTROL IN THE SATAKUNTA REGION'S CHILD HEALTH CARE CLINICS

Tyrvänen, Maija

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

School of Social Services and Health Care, Pori

Degree Programme in Nursing

Health care studies

January 2010

Supervisor: Liimatainen-Yläne, Elina

Number of pages: 52

Appendices: 5

Key words: child health care clinics, public health nurses, overweight, obesity, children, methods of work

The aim of this thesis was to canvas how the public health nurses in child health care clinics work in practice in children's weight control. The examination questions were: what do the public health nurses in the Satakunta region's child health care clinics consider problematic in the care of overweight and obese children and what kind of methods of work the public health nurses use in the Satakunta region in children's weight control.

The thesis was executed by sending an electronic survey to the public health nurses in child health care clinics in the region of Satakunta. The method was quantitative. The thesis was executed in collaboration with two members of the Children's obesity-work group in the Satakunta central hospital's children's clinic.

The starting point for the thesis was the gain in overweight and obese children. Children's weight control is an essential health promotion task in the child health care clinics, because the foundation for health is made in childhood.

Satakunta region's public health nurse's knowledge, methods of work and assumptions in children's weight control problems were found out with the help of this thesis. The public health nurse's knowledge of the Current care recommendation of 2005 on children's obesity was one of the survey's questions. The main conclusion of this thesis was that the public health nurse's methods of work were somewhat imperfect and that the resources channeled to child health care clinic's children's weight control were inadequate. On the grounds of this thesis's results some further education on children's weight control could be arranged for public health nurses.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	LASTEN YLIPAINO JA LIHAVUUS.....	7
2.1	Lapsen ylipainon ja lihavuuden määrittely.....	8
2.2	Syyt lasten lihavuuteen ja ylipainoon.....	8
2.3	Lihavuuden vaikutukset lasten fyysiseen terveyteen.....	9
2.4	Ylipainon ja lihavuuden psykososiaaliset vaikutukset lapsilla ja nuorilla.....	10
3	KATSAUS LASTEN LIIKUNTA- JA RUOKAILUTOTTUMUKSIIN.....	11
3.1	Terveelliset ruokailutottumukset neuvolaikäisillä lapsilla.....	12
3.2	Terveelliset liikuntatottumukset neuvolaikäisillä lapsilla.....	13
3.3	Tilastotietoa lasten ruokailu- ja liikuntatottumuksista.....	14
4	LASTEN LIHAVUUDEN EHKÄISY- JA HOITO-OHJELMAT.....	19
4.1	Porin alueen lasten ja nuorten terveyden edistämisen hankkeet.....	19
4.2	Lasten ja nuorten terveydenedistämisen ohjelmia muualla Suomessa.....	20
5	LASTENNEUVOLA TERVEYDENHOITAJAN TYÖYMPÄRISTÖNÄ.....	21
5.1	Lastenneuvolan tavoitteet.....	22
5.2	Terveydenhoitajan työmenetelmät lastenneuvolassa.....	25
6	LASTEN PAINONHALLINTA LASTENNEUVOLASSA.....	27
6.1	Ylipainoisen lapsen hoito.....	27
6.2	Vanhempien rooli lasten painonhallinnassa.....	28
7	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	29
8	TUTKIMUSMENETELMÄT.....	29
8.1	Kyselyn laatiminen.....	30
8.2	Aineistoanalyysi ja tilastolliset menetelmät.....	30
8.3	Sisällönanalyysi aineiston operationoillistamisessa.....	31
8.4	Mittarin luotettavuus.....	32
8.5	Tutkimuksen toteutus.....	32
9	TULOKSET.....	34
9.1	Terveydenhoitajien tiedot lasten painonhallinnassa.....	34
9.2	Terveydenhoitajien työmenetelmät.....	36
9.3	Terveydenhoitajien käsitykset lasten painonhallinnan problematiikasta.....	39
10	JOHTOPÄÄTÖKSET.....	43
11	POHDINTA.....	45
	LÄHTEET.....	48
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Ylipaino on yksi merkittävimmistä kansanterveydellisistä ongelmistamme. Ylipainon synnyn ehkäisy on yksi keskeisimmistä neuvolan terveydenedistämistehtävistä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004:14, 221.) Lasten ja nuorten terveyden edistäminen on keskeistä, koska terveyden perusta luodaan jo lapsuudessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006:19, 64). Lasten painonhallinta on siis ajankohtainen aihe ja sillä on kansanterveydellinen merkitys. Opinnäytetyö on suunnattu terveydenhuollon ammattilaisille, niin erikoissairaanhoidon kuin avoterveydenhuoltoonkin.

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, miten lastenneuvoloissa työskentelevät terveydenhoitajat käytännössä toimivat alle kouluikäisten lasten painonhallinnassa. Opinnäytetyössä selvitettiin kyselytutkimuksen avulla Satakunnan alueen lastenneuvoloissa työskentelevien terveydenhoitajien työmenetelmiä, tietoja sekä terveydenhoitajien käsityksiä lasten painonhallinnan problematiikasta. Opinnäytetyön otsikossa käytettiin sanaa käsitys, joka pitää sisällään edellä mainitut opinnäytetyössä tutkitut aihealueet. Kyselytutkimus toteutettiin vuoden 2009 aikana. Opinnäytetyön aihepiiri rajattiin koskemaan Satakunnan alueen terveydenhoitajia, jotka tekevät lastenneurolatyötä.

Tutkimus toteutettiin yhteistyössä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kanssa. Opinnäytetyön yhteistyökumppanina toimivat Satakunnan keskussairaalan Porin Lastentautien poliklinikka. Ravitsemusterapeutti Virpi Järveläinen ja lääkäri Samuli Ylitalo kuuluvat poliklinikalla toimivaan Lasten lihavuus -työryhmään. Heiltä lähti tarve selvittää, miten perusterveydenhuolto pystyy vastaamaan lasten lihavuuden hoidon luomiin haasteisiin. Opinnäytetyössä käytetty kysely laadittiin käyttäen apuna tamperelaista tutkimusta: Lasten lihavuus avoterveydenhuollon haasteena: terveydenhoitajien käytännön kokemuksia.

Lasten lihavuuden ennaltaehkäisy ja hoito tapahtuvat pääasiallisesti perusterveydenhuollossa. Vain vaikeasti lihavat lapset lähetetään eteenpäin erikoissairaanhoidon.

Opinnäytetyön yhteistyökumppanit erikoissairaanhoidossa ovatkin huomanneet näiden läheteiden määrän kasvua, seikka tuli esiin palavereissa yhteistyökumppaneiden kanssa. Opinnäytetyö antaneekin yhteistyökumppaneille perusteita lisäkoulutuksen järjestämiselle sekä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon toiminnan yhtenäistämiseksi lasten painonhallinnassa.

Lasten lihavuus on siis yleistynyt. On arvioitu, että 5 - 10 prosenttia leikki-ikäisistä lapsista on ylipainoisia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004:14, 188.) Tilastokeskuksen Suomalainen lapsi 2007 julkaisun mukaan ylipainon voimakkaasta lisääntymisestä ei kuitenkaan ole merkkejä. Lapsena ollut ylipaino on kuitenkin merkittävä tekijä vielä aikuisiässä (Tilastokeskus 2007, 18.)

Lasten lihavuuden Käypä hoito -suosituksen pohjalta on kuntien määrä järjestää lasten lihavuuden ehkäisy- ja hoito-ohjelma. Porissa on käynnistetty Lasten ja nuorten painonhallinnan hoito-ohjelma ja esimerkiksi Turussa Painokas -hanke. Terveys 2015 kansanterveysohjelma linjaa Suomen terveystaloutta vuoteen 2015 asti. Ohjelman painopisteenä on terveyden edistäminen. Ohjelmassa on asetettu ikäryhmittäisiä tavoitteita. Lasten tavoitteeksi on asetettu lasten hyvinvoinnin lisääntyminen, terveydentilan paraneminen ja turvattuuteen liittyvien oireiden ja sairauksien merkittävä väheneminen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001:8.) Lasten painonhallinta on keskeisessä osassa, kun pyritään Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitteiden täyttymiseen.

Ajantasaista tietoa lastenneuvolan työmenetelmistä, toiminnasta sekä lasten terveydentilasta ei ole riittävästi. Lasten ja nuorten terveysseurannan kehittämisen hanke (LATE) kerääkin tietoa lasten terveydestä ja lapsille suunnatuista terveyspalveluista. Hankkeen tarkoitus on laatia suunnitelma lasten ja nuorten terveysseurannan valtakunnallisesta toteuttamisesta. Hanke on Kansanterveyslaitoksen käynnistämä ja toteutuu Sosiaali- ja terveysministeriön ohjauksessa. Hanke toteutetaan yhteistyössä TEROKA -hankkeen kanssa (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2009.) Hankkeen tulokset eivät kuitenkaan ehtineet mukaan tähän opinnäytetyöhön.

2 LASTEN YLIPAINO JA LIHAVUUS

Lasten lihavuus on yleistynyt koko maailmassa viimeisen 20 vuoden aikana merkittävästi, erityisesti viimeisen kymmenen vuoden aikana (Salo 2006, 1211). Neuvoaikäisistä lapsista eli leikki-ikäisistä lapsista kuudesta kymmeneen prosenttiin on ylipainoisia (Armanto & Koistinen 2007, 287). Lähivuosien tutkimusten mukaan alle kouluikäisistä tytöistä 2 – 9 prosenttia olivat ylipainoisia kun taas ylipainoisten poikien osuus oli 1 - 5 prosenttia (Mustajoki, Fogelholm, Rissanen & Uusitupa 2006, 284 - 285).

Lapsena hankittu lihavuus säilyy yleensä myös aikuisuuteen. Lihavuus aiheuttaa terveysriskejä jo lapsena. Lihavuuden terveysriskejä ovat muun muassa itsetunto-ongelmat ja kiusatuksi joutuminen, dyslipidemia, metabolinen oireyhtymä sekä luuston rasisairaudet (Salo 2006, 1211). Yhdysvaltalaisen tutkimuksen mukaan todennäköisyys aikuisiän lihavuuteen on 2 - 3 kertaa suurempi lapsilla, jotka olivat esikouluikäisinä lihavia, 5 - 15 kertaa suurempi peruskoulun ala-asteikäisillä lapsilla ja yli 15 kertaa suurempi yläasteikäisillä lapsilla (Whitaker, Wright, Pepe, Seidel & Dietz 1997, 869).

Pediatrics -lehdessä julkaistun tutkimuksen mukaan viisivuotiaat ylipainoiset lapset olivat edelleen lihavia täytettyään yhdeksän vuotta. Lapsen syntymäpaino ei vaikuttanut ylipainon syntyyn. Tutkimukseen osallistui 233 lasta. Tutkimuksessa todetaan, että ylipainoa ei todennäköisesti kerry ennen murrosikää, jos lapsi ei lihoa alle kouluikäisenä (Gardner ym. 2009.)

The New England Journal of medicine -lehdessä julkaistun tutkimuksen mukaan korkea lapsuuden aikainen BMI on yhdistetty sepelvaltimotaudin syntyyn aikuisiässä. Löydöksiensä mukaan yhä useampi sairastuu tulevaisuudessa sepelvaltimotautiin, lasten lihavuuden lisääntyessä nykyiseen tapaan (Baker, Olsen & Sørensen 2007, 2329.)

2.1 Lapsen ylipainon ja lihavuuden määrittely

Lapsi on lihava, kun rasvakudoksen määrä on poikkeuksellisen suuri. Alle kouluikäisen lapsen ylipainoa ja lihavuutta määritetään pituuspainon avulla (Lasten lihavuus 2005.) Pituuspaino tai suhteellinen paino on prosenttinen poikkeama pituuden mukaisesta painosta. Toisin sanoen lapsen paino suhteessa muiden samaa sukupuolta olevien keskimääräiseen painoon. Suomessa käytetään pituuspaino määrittelmää, koska samanikäisten painon vaihtelut johtuvat usein pituuden vaihteluista (Tapanainen 2007.)

Imeväisikäinen pyöreä lapsi on harvoin ylipainoinen tai lihava. Yleensä imeväisen ylipaino ei jää pysyväksi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004:11, 129.) Alle kouluikäinen lapsi on ylipainoinen, kun lapsen paino on 10 – 20 prosenttia yli keskiarvon (Lasten lihavuus 2005). Ylipaino on todellisuudessa lihavuuden riski, ei vielä sairaus (Janson & Danielsson 2005, 33). Alle kouluikäinen lapsi on lihava, kun lapsen paino on yli 20 prosenttia yli keskiarvon (Lasten lihavuus 2005). Lihavuus on sairaus. Jos paino on yli 60 prosenttia yli keskiarvon, voidaan puhua vaikeasta lihavuudesta (Janson ym. 2005, 33).

Lasten paino alkaa useimmiten nousta kolmen tai neljän vuoden iässä tai koulun alkaessa (Armanto ym. 2007, 287). Pituuspainon pysyessä tasaisesti 20 – 30 prosentin välillä, ei merkitys ole niin suuri kuin pituuspainon jatkuvasti noustessa. Lihomiseen tulee puuttua, kun pituuspaino on yli 30 prosenttia tai nousee yli 10 prosenttia vuoden aikana. Varhainen puuttuminen lasten liialliseen painonnousuun on tärkeää, koska mitä pidempään lapsi pysyy lihavana, sitä todennäköisemmin lapsi on lihava vielä aikuisiässä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004:14, 221.)

2.2 Syyt lasten lihavuuteen ja ylipainoon

Lihavuuden aiheuttaa energian saannin ja kulutuksen välinen epätasapaino (Lasten lihavuus 2005). Lihavuuden ja ylipainon syyt lapsilla voivat olla perinnöllisiä, sosiaalisia, psyykkisiä tai elämäntapoihin liittyviä. Kuitenkin ympäristötekijät ovat ylipainon synnyssä merkitsevempiä kuin aineenvaihdunnalliset tekijät (Sosiaali- ja ter-

veysministeriö 2004:14, 221.) Perinnöllisyyden osuus lapsen ylipainon tai lihavuuden synnyssä on epäselvä, koska esimerkiksi perheen tavat ja tottumukset vaikuttavat yhtäläillä sukupolvelta toiselle (Mustajoki ym. 2006, 288).

Yleinen käsitys väestön lihomisen syyksi on elinympäristön muuttuminen. Esimerkkeinä elinympäristön muuttumisesta ovat työ- ja arkiliikunnan väheneminen, elintarvikkeiden pakkauskokojen kasvaminen sekä ravitsemussuosituksista poikkeavien kulutustottumusten lisääntyminen (Lasten lihavuus 2005.) Lapsen ylipaino tai lihavuus harvemmin johtuu jostakin sairaudesta, esimerkkinä hormonitoiminnan tai aineenvaihdunnan häiriö tai fyysistä aktiivisuutta vähentävä yleissairaus (Armanto ym. 2007, 287).

Lihavuuden riskitekijöitä Lasten lihavuuden Käypä hoito -suosituksen mukaan ovat vanhempien lihavuus, alhainen sosioekonominen asema, liikunnallisesti passiiviset vanhemmat, erilaiset oireyhtymät, leikki-iässä alkava painonnousu sekä vähäinen nukkuminen (Lasten lihavuus 2005.)

2.3 Lihavuuden vaikutukset lasten fyysiseen terveyteen

Lihavuuden vaikutukset lasten terveyteen voivat olla sekä psyykkisiä, sosiaalisia että fyysisiä. Keskeisimpiä lihavuuteen liittyviä sairauksia ovat: metabolinen oireyhtymä, tyypin 2 diabetes, obstruktiiviset hengitystieoireet sekä maksa-arvojen nousu. Maksa-arvojen nousu lihavilla nuorilla viittaa rasvamaksaan (Lasten lihavuus 2005.) Muita lihavuuteen liittyviä somaattisia terveyshaittoja ovat esimerkiksi: dyslipidemiat, kohonnut verenpaine, sappikivitauti, reisiluunpään siirtymä, Blountin tauti, polykystiset ovariot, uniapnea sekä fyysisen kunnon ja suorituskyvyn huononeminen (Mustajoki ym. 2006, 293).

Metabolinen oireyhtymä on todettavissa kolmasosalla lihavista lapsista ja nuorista (Mustajoki ym. 2006, 293). Metabolinen oireyhtymä on tila, joka aiheuttaa aineenvaihdunnallisia sairauksia samalle henkilölle yhtä aikaa. Metabolisessa oireyhtymässä on eniten häiriöitä sokeriaineenvaihdunnassa, verenpaineessa sekä veren rasvois-

sa. Metabolinen oireyhtymä myös lisää riskiä sairastua ateroskleroosiin (Mustajoki 2008, 95 - 96.)

Tyypin 2 diabetes eli aikuistyyppin diabetes on lisääntyvä ongelma myös lasten ja nuorten keskuudessa, eikä siten ole enää vain aikuisten sairaus. Tyypin 1 diabetesta todetaan edelleen enemmän lapsilla, mutta myös tyypin 2 diabetes on lisääntymään päin väestön lihomisen myötä. Heikentynyt glukoosinsieto on useimmiten jo todettu lapsilla, joiden lihomiseen on puututtu (Saha 2007, 19.) Tyypin 2 diabetes alkaa tavallisesti aikuisiässä, sairastuneella henkilöllä on usein ylipainoa, kohonnut verenpaine, rasva-aineenvaihdunnan häiriö tai molemmat eli metabolinen oireyhtymä. Tyypin 2 diabeteksen puhkeamiseen vaikuttaa sekä perimä että ympäristö. Sairauteen voi liittyä heikentynyt insuliinin vaikutus tai insuliinin puute (Diabetes 2009.)

Suomalaisessa tutkimuksessa tutkittiin yliopistolliselle lastenklinalle lähetettyjen lasten sokeriaineenvaihduntaa. Lapset oli lähetetty klinikalle ylipainon takia. 70 lapsesta seitsemällä oli sokeriaineenvaihduntaan liittyviä häiriöitä, kaikilla oli suvussa tyypin 2 diabetesta ja ylipainoa (Saha, Keskinen, Veijola & Tapanainen 2003, 1419-1420.)

Obstruktiivisia eli ahtauttavia hengitysoireita esiintyy useammin lihavilla kuin normaalipainoisilla lapsilla (Lasten lihavuus 2005.) Uniapnea on yksi ahtauttava hengitysoire. Lapsilla uniapneaa aiheuttaa suuret kita- ja nielurisat, mutta ylipainoisuus ja paksukaalaisuus lisäävät riskiä sairastua uniapneaan. Uniapnean ehkäisyn kannalta keskeisin riskitekijä onkin lihavuus (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002:4, 3-25.) Useiden ulkomaalaisten tutkimusten mukaan lapsen ylipaino tai lihavuus on yhteydessä myös astman syntyyn (Lasten lihavuus 2005).

2.4 Ylipainon ja lihavuuden psykososiaaliset vaikutukset lapsilla ja nuorilla

Lihavuuden vaikutukset lapsen itsetuntoon sekä sosiaaliseen ja emotionaaliseen kehitykseen saattavat olla huomattavia. Lihavuus on altistava tekijä muiden lasten kiusaamiselle sekä syrjityksi tulemiselle (Armanto ym. 2007, 288.)

Lihavuuteen suhtaudutaan yleisesti negatiivisesti, myös lasten suhtautuminen toisia lihavia lapsia kohtaan on negatiivista. Lapset eivät halua leikkiverikseen lihavaa lasta. Vasta kuusivuotias lapsi kuvailee lihavaa lasta sanoilla: laiska, typerä, likainen ja ruma. Lihavuuden katsotaan myös vaikuttavan sosiaaliseen käyttäytymiseen; lihavilla nuorilla on todennäköisemmin vähemmän sosiaalisia suhteita kuin normaali-painoisella nuorella (Mustajoki ym. 2006, 295.)

Eri tutkimuksissa toistunut löydös on ollut lihaviin lasten ja nuorten ruumiinkuvan häiriöt verrattaessa ikätovereihin. Jo viiden vuoden ikäisellä lihavalla lapsella voi olla huonosti kehittynyt itsetunto sekä ruumiinkuvan häiriö. Kiusaamisen määrä on suhteessa ruumiinkuvan häiriön vakavuuteen (Mustajoki ym. 2006, 296.) Ylipainoisten nuorten kokema kiusaaminen on tavallista. Tutkimustulokset lihavuuden psykososiaalisista vaikutuksista ovat kuitenkin ristiriitaisia johtuen esimerkiksi lapsen iästä, sukupuolesta ja lihavuuden asteesta (Lasten lihavuus 2005.)

3 KATSAUS LASTEN LIIKUNTA- JA RUOKAILUTOTTUMUKSIIN

Valtionneuvoston periaatepäätös terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon kehittämislinjoista asettaa lapsille, nuorilla ja perheille seuraavat tavoitteet;

1. Kyseisille ryhmille on tarjolla enemmän tietoa, tukea sekä mahdollisuuksia liikunnallisen elämäntavan ja terveellisten ruokailutottumusten omaksumiseen;
2. Liikunnallisesti aktiivista elämäntapaa ja terveellisiä ruokailutottumuksia ovat tukemassa päivähoito- ja kouluympäristö sekä niiden toimintakulttuurit.

Neuvola kuuluu lapsen ympäristöön, missä on avaimet ohjata lapsille ja perheille välineitä terveellisiin ruokailu- ja liikuntatottumuksiin. Asetetut tavoitteet tukevat lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelman ja kansallisen liikuntaohjelman sekä suomalaisen ruoan edistämishjelman tavoitteita (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008:10, 10 - 11.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut ravitsemussuositukset imeväis- ja leikki-ikäisille lapsille, sekä odottaville ja imettäville äideille. Sosiaali- ja terveysministeriön opas lasten liikunnasta Varhaiskasvatuksen liikunnan suositukset ohjaa pienten lasten liikunnan määrää ja laatua. Seuraavissa kappaleissa esitellään pääpiirteet imeväisen ja leikki-ikäisen lapsen suositellusta ravitsemuksesta sekä liikunnan suosituksista, perustuen yllämainittuihin oppaisiin.

3.1 Terveelliset ruokailutottumukset neuvolaikäisillä lapsilla

Varhaislapsuuden ruokavaliolla on osoitettu voitavan vaikuttaa useisiin sepelvaltimotaudin riskitekijöihin kuten rasva-arvoihin. Varhaislapsuuden ja mahdollisesti sikiöajan ravitsemuksesta on osoitettu merkityksiä sairastua astmaan, allergioihin, tyyppin 1 diabetekseen sekä lihavuuteen (Kyttälä ym. 2008, 11.)

Lapsen energiantarpeeseen vaikuttavat seuraavat tekijät: sukupuoli, pituus, paino, kasvunopeus sekä liikunta. Lapsen kasvu on kiihkeimmillään ensimmäisen puolen vuoden ajan, jolloin energian tarvekin on suurin verrattuna lapsen kokoon, energiaa kuluu tällöin pääosin perusaineenvaihduntaan. Alle kuuden kuukauden ikäisen lapsen energiankulutuksessa liikunnan osuus on vähäinen. Vastasyntyneen lapsen energian tarve on noin 95 kilokaloria painokiloa kohden vuorokaudessa noin yhdeksän kuukauden ikäiseksi asti, tämän jälkeen energian tarve kasvaa liikunnan lisääntyessä. Leikki-ässä lapsen energian tarve taas vähenee, energian tarve on noin 75 kilokaloria painokiloa kohden. Esimerkiksi kolmevuotiaan lapsen energian tarve on noin 1300 kilokaloria päivässä. Tyttöjen ja poikien väliset painoerot alkavat kasvaa leikki-ään lopulla ja kouluiässä. Kaiken kaikkiaan energian tarpeen vaihtelu on kuitenkin yksilöllistä ja vaihtelee eri päivinä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004:11, 92 - 93.)

Äidin maito riittää useimmille normaalipainoisina syntyneille lapsille ainoaksi ravinnon lähteeksi kuuden kuukauden ikään saakka. Äidin maito sisältää imeväisen tarvitsemat ravintoaineet, D-vitamiinilisää lukuun ottamatta. Kuuden kuukauden iästä lähtien lapsi tarvitsee myös kiinteää ruokaa, näin lapsi saa riittävästi energiaa, rautaa ja proteiinia. Lapsi on myös motorisiltaan taidoilta valmis kiinteän ruoan syömi-

sen aloittamiseen 4 – 6 kuukauden ikäisenä. Lisäruokien antaminen aloitetaan kuitenkin aina yksilöllisesti (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004:11, 102 - 130.)

Leikki-ikäisen lapsen ruokailutottumukset lähtevät perheen arkiruokailusta. Leikki-ikäinen lapsi tarvitsee normaalin kasvun ja kehityksen turvaamiseksi monipuolista ravintoa. Lapsi ei syö niin sanotusti luonnostaan terveellisesti eli jos lapsi saa valita hän syö tuttuja ruokia. Makutottumukset kehittyvät siis vanhempien tuella. Lapsen ruokahalu vaihtelee kuitenkin kausittain ja päivittäin. Myös samanikäisten lasten ruokahalussa ja energiantarpeessa on eroja. Ruokahaluun sekä energiantarpeeseen vaikuttavat esimerkiksi lapsen kasvunopeus, ulkoilu, päivärytmin muutokset, unen määrä ja terveydentila. Energiantarpeen viitearvoja (taulukko 1) voidaan hyödyntää esimerkiksi ryhmien ruokavalion suunnittelussa. Yksilöllisessä ravitsemussuunnittelussa näitä viitearvoja voidaan kuitenkin käyttää vain suuntaa antavasti. Viitearvot perustuvat terveiden, normaalisti kasvavien lasten keskimääräisesti laskettuun energiansaantiin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004:11, 93, 136 - 140.)

Taulukko 1. Lasten energian tarpeen viitearvot (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004:11, 229)

ikä	Paino, kg Pojat	Paino, kg Työt	Energian tarve, Pojat	MJ/vrk Työt
0-1 kk	3,6	3,4	1,4	1,3
3 kk	6,1	5,7	2,2	2,1
6 kk	8,2	7,7	2,7	2,6
12 kk	10,6	9,9	3,7	3,4
2 v	13,2	12,5	4,7	4,4
3 v	15,4	14,9	5,5	4,9
4 v	17,3	16,8	5,7	5,3
5 v	19,4	19,2	6,3	6,1
6 v	21,4	21,1	7,4	6,8

3.2 Terveelliset liikuntatottumukset neuvolaikäisillä lapsilla

Lapsen liikkuminen on edellytys motoristen taitojen kehittymiselle. Tilastokeskuksen ajankäyttötutkimuksen mukaan 10 - 17 -vuotiaiden lasten ja nuorten ajankäyttö

on painottunut yhä enemmän television katseluun samalla kun liikunta ja ulkoilu ovat kaiken kaikkiaan vähentyneet (Tilastokeskus 2007, 11). Päivittäisen liikunnan määrän väheneminen yhdessä energian saannin kasvun kanssa on yksi syy ylipainon syntyyn (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005:17, 10).

Liikunta on aina omaehtoista leikki-ikäiselle lapselle. Alle kolmevuotias lapsi liikkuu joko yksin tai ryhmässä omaehtoisesti päivän aikana, osana kaikkia arkipäivän toimintoja. Aikuisen tulisi antaa tilaa ja aikaa lapselle liikkua hänen omien liikkumisedellytystensä mukaan. Myös 3 – 6 -vuotiaan lapsen liikunta koostuu suurimaksi osaksi lapsen omaehtoisesta liikunnasta. Aikuisen tulisi järjestää lapselle useita mahdollisuuksia tai eri tilanteita, joissa lapsi voisi harrastaa liikuntaa. Lapsi tarvitsee joka päivä kaksi tuntia reipasta liikuntaa. Liikunnan ei tarvitse olla yhtäjaksoista, vaan se koostuu päivän aikana tehdyistä eri aktiviteeteista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005:17, 10 - 11.)

3.3 Tilastotietoa lasten ruokailu- ja liikuntatottumuksista

Tässä kappaleessa kerrotaan lasten ruokailutottumuksista viitaten Kansanterveyslaitoksen julkaisemaan tutkimukseen Lapsen ruokavalio ennen kouluikää (2008). Samansuuntaisia tutkimustuloksia lasten ruokailutottumuksista on saatu turkulaisessa STRIP tutkimuksessa (1995). Taulukossa kaksi on esitelty turkulaislasten keskimääräistä ravinnonsaantia. Tässä kappaleessa käsitellään myös lasten liikuntatottumuksia perustuen Nuori Suomi ry:n ym. Lasten ja nuorten kansalliseen liikuntatutkimukseen (2005 - 2006).

Taulukko 2. Turkulaislasten keskimääräinen ravinnonsaanti STRIP tutkimuksen mukaan verrattuna ravinnonsaantisuositukseen (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2004:11, 232)

Ravintoaine		Suositus		Keskimääräinen saanti					
				13 kk	2 v	3 v	4 v	5 v	6 v
Energia	MJ	5,9	7,0	4,1	4,8	5,2	5,7	6,0	6,3
	kcal	1400	1670	1000	1140	1240	1350	1430	1500
Proteiini	E %	10-15	10-15	17	16	15	16	16	16
	g			42	45	47	51	55	57
Rasva	E %	30-35	30	28	33	33	33	33	31
	g			133	143	156	173	183	187
Tyydyttynyt rasva	E %	- ¹	10				15	14	14
Hiilihydraatit	E %	50-55	55-60	55	51	51	52	51	52
	g			133	143	156	173	183	187
Sokeri	E %	-	<10	5	9	10	11	11	10
Kuitu	g/MJ	- ²	3				1,9	1,8	1,9
Natrium ³ Suolana (NaCl)	g			3,9	4,5	4,9	5,3	5,7	5,5

¹Tyydyttyneen rasvan saantisuositus on annettu vain yli 3-vuotiaille lapsille.

²Kuitujen saantisuositus on annettu vain yli 3-vuotiaille lapsille.

³Natriumin saanti suolaksi laskettuna on hyvä rajoittaa yli 3-vuotiaille 5 g:aan päivässä.

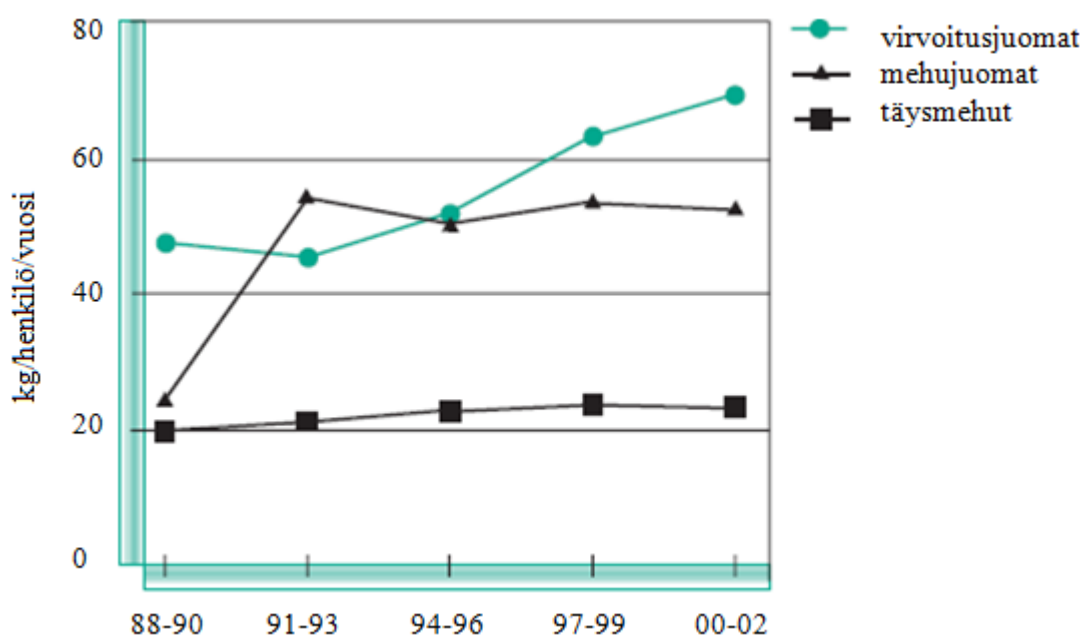
Imeväisikäisten ruoan tulee olla suolatonta. 1-3 -vuotiaiden suolan saanti ei saisi ylittää 0,5g/MJ.

Lapsen ruokavalio ennen kouluikää (2008) tutkimuksen mukaan lasten rintaruokinta ja rintaruokinnan kesto jäivät kauas kansainvälisistä suosituksista. Alle yksivuotiaat lapset saivat liian paljon sakkaroosia ja tyydyttyneitä rasvahappoja suosituksiin nähden, myös ruokasuolan saanti oli runsasta. D-vitamiinia saatiin liian vähän, mutta muita vitamiineja ja kivennäisaineita suosituksien mukaisesti tai enemmän (Kyttälä ym. 2008, 50.)

Ravitsemuksellisesti huonompaan ruokavalioon liittyi runsas sakkaroosin saanti. Jo kaksivuotiaat lapset saivat sakkaroosia yli ylärajan, jatkuen joka ikävaiheissa. Pääasiallisia lisätyn sakkaroosin lähteitä olivat: mehujuomat, sokeripitoiset maitoval-

misteet sekä makeiset. Mehujuomat olivat suurin pääasiallinen sakkaroosin lähde kolmevuotiailla lapsilla (Kyttälä ym. 2008, 89.)

Ravitsemuskertomuksen (2003) mukaan koko väestössä virvoitusjuomien käyttö onkin lisääntynyt merkittävästi (kuva 1.) Virvoitusjuomien käyttö on kuitenkin yleistä vasta kouluikäisillä lapsilla. Tutkimusten mukaan virvoitusjuomien käyttö on siis lisääntynyt useilla prosenttiyksiköillä 1990-luvulla koululaisten ja nuorten keskuudessa. WHO:n koululaistutkimuksen mukaan päivittäinen virvoitusjuomien käyttö on myös yleisempää pojilla kuin tytöillä (Lahti-Koski & Sirén 2004, 28 - 31.)



Kuva 1. Virvoitusjuomien ja mehujen kulutuksen muutokset vuosina 1988 - 2002 (Lahti-Koski ym. 2004, 30)

Yli neljävuotiailla pojilla ja kuusivuotiailla tytöillä ruokasuolan saanti oli aikuisten ruokasuolan saantisuosituksia korkeampia. Lasten suolansaannille ei ole Suomessa suosituksia, mutta aikuisten suolansaannin suositus on kuitenkin alle viisi grammaa päivässä. Lapset saivat myös liian vähän monitydyttämättömiä rasvahappoja sekä liikaa tyydyttyneitä rasvahappoja. Rasvan laatu ei siis ollut lapsilla suositusten mukaista. Yksivuotiaat ei-imetetyt lapset saivat taas liian vähän suositeltuja rasvoja (Kyttälä ym. 2008, 83-121.)

Lapset saivat myös liian vähän kasviksia, marjoja, hedelmiä ja näkyviä rasvoja eli öljyjä ja leipälevitteitä. Kun tavoite on viisi kasvis-, hedelmä-, tai marja-annosta päivässä, niin lapset saivat yhden banaanin tai puolikkaan appelsiinin verran. Yksivuotiaan lapsen kasvisruoka-annos oli päivässä pienen porkkanan verran, myös vanhemmilla lapsilla kasvisten saanti jäi yhteen kasvisannokseen. Yhteensä suositellusta viidestä annoksesta lapset saivat kaksi annosta kasviksia. Kalaa syötiin myös liian vähän. Sokeripitoisten elintarvikkeiden käyttö oli runsasta, ja sakkaroosia saatiinkin yli ylärajan (Kyttälä ym. 2008, 115 - 122.)

Lapsen ruokavalion laatu heikentyi tutkimuksen mukaan laadullisesti, kun lapsi siirtyi syömään samaa ruokaa kuin muu perhe ensimmäisen ikävuoden jälkeen. Myös kotona hoidettujen lapsien ruoan laatu oli heikompaa kuin kodin ulkopuolella hoidettujen lapsien. Vanhempien koulutustaso, äidin ikä, perheen koko ja asuinalue vaikuttivat lapsen ruokavalioon (Kyttälä ym. 2008, 115 - 122.)

Lasten ja nuorten kansallisen liikuntatutkimuksen (2005 - 2006) mukaan liikunnan ja urheilun harrastaminen on lisääntynyt 15 prosentilla verrattuna vuoteen 1995. Vuonna 1995 urheilua ja liikuntaa harrasti 76 prosenttia 3 - 18 -vuotiaista lapsista ja nuorista, kun taas sama luku vuonna 2005 - 2006 oli 91 prosenttia. Koko ikäryhmästä yhdeksän prosenttia ei harrastanut liikuntaa ollenkaan, mikä tarkoittaa noin 90 000 lasta. Liikunnan ja urheilun harrastaminen on siis lisääntynyt. Tulos on kuitenkin ristiriidassa lasten ja nuorten nykyisen huonokuntoisuuden kanssa. Huonokuntoisuus selittyy kuitenkin peruselämän fyysisen aktiivisuuden laskulla, vaikka liikuntaa ja erilaisia urheilulajeja harrastetaankin. Lapset eivät enää leiki pihaleikkijä vaan liikunnan harrastaminen on aikataulutettua (Nuori Suomi ry ym. 2006, 7.)

Leikki-ikäisten lasten (eli kolmesta kuusivuotiaiden) keskuudessa liikunnan harrastaminen oli vähäisintä, vain 86 prosenttia näistä lapsista harrasti liikuntaa. Liikunnan harrastamisen kasvu oli kuitenkin suurin tässä ikäryhmässä verrattuna vuoteen 1995. Liikuntatutkimuksessa selitetään pienten lasten vähäistä liikunnan harrastamista iällä. Pieni lapsi ei ole vielä alkanut harrastaa erilaisia liikuntalajeja niin aktiivisesti kuten vanhemmat ikäluokat (Nuori Suomi ry ym. 2006, 8.)

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksen mukaan varmaa tietoa on lasten urheiluseuroissa harrastamisen lisääntyminen. Urheiluseuraharrastaminen vähenee kuitenkin jyrkästi 12 ikävuoden jälkeen. Nuoret pojat liikkuvat myös enemmän kuin tytöt. Kaiken kaikkiaan alle kouluikäisten ja alakouluikäisten liikunnan harrastamisesta on liian vähän tietoa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007:1, 40.)

Tarja Javanainen-Levolan väitöksessä (2009) tutkittiin lastenneuvoloissa työskentelevien terveydenhoitajien liikunnanedistämistyötä osana työkäytäntöjä. Terveydenhoitajien valmiudet liikunnanedistämiseen vaikuttivat hyviltä, koska terveydenhoitajat lähestyivät liikuntaa monipuolisesti ympäristön, perheen, luonnollisuuden, hyvinvoinnin ja terveyden näkökulmista. Tutkimuksen mukaan liikunnanedistäminen lastenneuvolassa olisi parhaimmillaan, kun terveydenhoitaja arvioisi, aktivoisi ja tukisi lapsen liikuntavalmiuksia ja koko perheen fyysistä aktiivisuutta. Tutkimustulosten perusteella terveydenhoitaja kuitenkin pääasiassa vain arvioi lapsen liikuntavalmiuksia. Arviointia sekä aktivointia ja tukemista tapahtuu kuitenkin, kun lapsella on erityistarpeita kuten ylipaino tai kömpelyys. Terveydenhoitajan ominaisuudet, lastenneuvolatyön luonne sekä yhteistyö ja liikuntapalveluja koskeva tiedottaminen olivat terveydenhoitajien mielestä tekijöitä, jotka vaikuttivat terveydenhoitajan liikunnanedistämistyöhön. Terveydenhoitajien kehittämissuhteet liittyivät lapsen ja perheen liikunnan tukemiseen ja aktivointiin (Javanainen-Levonen 2009, 67 - 70.)

4 LASTEN LIHAVUUDEN EHKÄISY- JA HOITO-OHJELMAT

Lasten lihavuuden Käypä hoito -suositus (2005) luo pohjan kuntien ehkäisy- ja hoito-ohjelmille. Suosituksen keskeinen sanoma pitää sisällään seuraavat asiat:

- Alle 18-vuotiaiden lihavuus on viimeisten vuosikymmenien kuluessa yleistynyt Suomessa ja muissa teollisuusmaissa.
- Lapsuusiän lihavuuden on osoitettu jatkuvan myös aikuisikään. Metabolisen oireyhtymän vaara liittyy lihavuuteen murrosiästä alkaen.
- Lihomisen ennaltaehkäisevät toimet tulee aloittaa jo neuvolaiässä, ja niihin on edelleen kiinnitettävä huomiota koko lapsuus- ja nuoruusiän ajan.
- Lihomisen ennaltaehkäisy ja lihavan lapsen hoito perustuvat elämäntapamuutoksiin ja niissä tukemiseen. Perhekeskeinen hoito voidaan toteuttaa yksilö- tai ryhmähoitona.
- Hoidon tuloksellisuuden takaamiseksi, lapsen ja hänen lähiympäristönsä – yleensä perheen – on sitouduttava siihen.

Suosituksen tavoite on ennaltaehkäistä lasten lihavuutta ja edistää lihavien lasten hoitoa. Tavoite on vähentää lapsuusiän lihavuutta sekä siihen liittyviä ongelmia. Suosituksen kohderyhmä on ylipainoisia ja lihavia lapsia hoitavat terveydenhuollon ammattilaiset. Suositus on siten suunnattu lihomisen ennaltaehkäisyn kanssa työskenteleville neuvoloiden, kouluterveydenhuollon, päivähoidon ja opetus- ja liikunta-toimen työntekijöille.

4.1 Porin alueen lasten ja nuorten terveyden edistämisen hankkeet

Porin terveystieteiden lasten ja nuorten painonhallintaohjelma (2007) on toteutettu yhteistyössä OPETA -hankkeen kanssa. OPETA -hanke on Euroopan sosiaalirahaston (ESR) ja Porin terveystieteiden rahoittama hanke. Ohjelman kohderyhmänä ovat lasten ja nuorten parissa työskentelevät terveydenhuollon ammattilaiset. Lasten ja nuorten painonhallintaohjelman tavoitteena on: ehkäistä lasten ja nuorten ylipainoa sekä hoitaa ylipainoa, saada aikaan pysyviä muutoksia ruokailu- ja liikuntatottumuk-

sisä, estää lihavuuden liitännäissairauksien syntyä, luoda toimintamalli lasten ja nuorten ylipainon ennaltaehkäisyyn ja hoitoon sekä selkiyttää työnjakoa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Ohjelmassa on määritelty muun muassa perusterveydenhuollon tehtävät, läheteindikaatiot sekä erikoissairaanhoidon tehtävät. Ohjelma tarjoaa myös apuvälineitä terveysneuvontaan (Porin kaupungin terveysvirasto 2007.)

Porissa toteutettiin myös vuosien 2007 - 2009 aikana Länsi-Suomen lääninhallituksen ja Porin kaupungin rahoittama Lasten hyvinvointi -hanke (HYVIS). Hankkeessa olivat mukana Porin kaupungin lisäksi Ulvilan kaupunki sekä Luvian, Merikarvian, Noormarkun ja Pomarkun kunnat. Hankkeen tavoitteena oli luoda pysyvä alueellinen verkostomainen toimintamalli lasten hyvinvoinnin edistämiseen. Keinona oli lisätä lasten liikunnan määrää ja tietoa terveellisistä elintavoista. Toiminta toteutettiin neuvoloiden, päiväkotien, koulujen, vapaa-aikatoimien ja koteihin suunnattujen toimenpiteiden kautta. Hanke on päättynyt 31.10.2009 (Porin kaupunki 2007.)

4.2 Lasten ja nuorten terveydenedistämisen ohjelmia muualla Suomessa

Tässä kappaleessa esittelen kahta terveyden edistämisen ohjelmaa: Painokas -hanke Turussa sekä valtakunnallinen Suomen Sydänliiton ry:n Neuvokas perhe -ohjelma. Kappaleessa on myös katsaus Painokas -hankkeen toteutumisesta, jota tutkittiin Vanhempien ja asiantuntijoiden kokemuksiä lasten ylipainon moniammatillisen ehkäisyohjelman toteutuksesta (2008) Pro gradu -tutkielmassa.

Painokas -projekti toteutettiin Turussa vuosina 2006 - 2008. Projekti oli Turun kaupungin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kehittämishanke. Projektin tavoite oli estää lasten ylipainon kehittymistä lihavuudeksi. Projektin kohderyhmänä olivat turkulaiset neljästä kuuteen vuoteen ikäiset lapset, joiden pituuspaino oli yli 10 - 40 prosenttia. Projektissa kehitettiin Puheeksi ottamisen välineet -työkalupakki, joka on tarkoitettu neuvolan terveydenhoitajille. Projekti on edelleen käynnissä seuranta tutkimuksien muodossa (Turun kaupunki 2006.)

Suvi-Tuuli Nikkanen (2008) on tehnyt Pro gradu -tutkielman lasten ylipainon ehkäisyohjelman toteutuksesta. Tutkimus oli laadullinen ja siihen osallistui yhdeksän hankkeen asiantuntijaa ja 10 hankkeessa mukana olevaa vanhempaa. Perheiden oli määrä asettaa tavoitteita projektille. Suurin osa perheistä laittoi tavoitteeksi ruokavalion muutoksen, eli enemmän kasviksia ja vihanneksia. Suurin osa perheistä laittoi tavoitteeksi myös pieniä tavoitteita liikunnan suhteen: koko perheen arkiliikunnan lisääntyminen ja ruokailuhetkien säännöllisyys. Hanke sai positiivista palautetta vanhemmilta. Tiedon lisääntyminen ravitsemuksesta koettiin positiiviseksi, samoin hankkeen työntekijöiden asenne ja toiminta. Hankkeen työntekijät eivät syyllistäneet vanhempia lapsen ylipainoista tai kritisoineet perhettä heidän terveystottumuksiensa. Suurin osa perheistä koki, että hanke auttoi pohtimaan perheen terveystottumuksia uudella tavalla. Herättävä tutkimuksessa selvinnyt asia oli, että vanhemmat eivät olleet ennen hankkeeseen osallistumista pohtineet terveystottomusten muuttamista millään tavalla, koska lapsen painosta ei oltu huolissaan neuvolankaan puolella (Nikkanen 2008, 30 - 35.)

5 LASTENNEUVOLA TERVEYDENHOITAJAN TYÖYMPÄRISTÖNÄ

Kunnan on määrä järjestää Valtioneuvoston asetusten (n:o 380/2009) mukaisesti terveysneuvonta ja terveystarkastukset kunnallisessa terveydenhuollossa. 28.5.2009 annettu asetus yhtenäistää eri puolilla maata olevat toiminnot. Asetuksen mukaan kunnan tulee järjestää lasta odottavalle perheelle vähintään yksi laaja terveystarkastus sekä jokaiselle lapselle ensimmäisen ikävuoden aikana vähintään yhdeksän terveystarkastusta. Näihin tarkastuksiin sisältyy vähintään kaksi lääkärin tarkastusta ja yksi laaja terveystarkastus. Alle kouluikäiselle (1 – 6 -vuotiaalle) lapselle tulee järjestää vähintään kuusi terveystarkastusta. Näihin tarkastuksiin sisältyy kaksi laajaa terveystarkastusta sekä terveydenhoitajan arvio suun terveydentilasta. Asetus astuu voimaan 1.1.2011. Asetuksessa säädetään erikseen terveysneuvonnan sisällöstä ja

määrästä. Lasten painonhallintaan liittyen terveyttä tulee edistää esimerkiksi seuraavilla alueilla: kasvu, psykososiaalinen ja fyysinen kehitys, ihmissuhteet, lepo ja vapaa-aika, median merkitys, ravitsemus, liikunta ja painonhallinta.

Lasten painonhallinta tapahtuu ensisijassa perusterveydenhuollossa. Lastenneuvola on avainasemassa puuttumaan lapsen ylipainoon. Lastenneuvola on terveydenhoitajan työpaikka. Tässä kappaleessa käsitellään lastenneuvolaa työympäristönä sekä terveydenhoitajan työmenetelmiä yleisesti.

5.1 Lastenneuvolan tavoitteet

Lastenneuvolan asiakkaita ovat lapset kuudenviikon iästä lähtien. Kuusiviikkoiset lapset vanhempineen siirtyvät lastenneuvolan asiakkaiksi äitiysneuvolasta. Lasten- ja äitiysneuvolassa toimii usein sama terveydenhoitaja, jolloin hoitosuhteen tutuus ja jatkuvuus auttavat asiakaslähtöisen toiminnan toteutumista. Lastenneuvolan yleisenä tavoitteena voidaan pitää seuraavan sukupolven terveyden ja vanhemmuuden voimavarojen lisääntyminen (Armanto ym. 2007, 113.)

Lastenneuvolan yleistavoitteita ovat: lasten fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen terveyden sekä perheiden hyvinvoinnin paraneminen, kiinnittäen erityisesti huomiota erityistä tukea tarvitseviin perheisiin, jolloin pyritään perheiden välisten terveyserojen kaventumiseen. Toinen yleistavoite on taata seuraavan sukupolven terveyden ja vanhemmuuden voimavarat paremmiksi kuin nykyisen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004:14, 20 - 21.)

Muita lastenneuvolan tavoitteita ovat:

- turvata jokaiselle lapselle riittävä huolenpito ja tuki oman persoonallisuuden kehittymiselle
- tunnistaa nykytiedon mahdollistamissa rajoissa lasten sairaudet, kehitystä ehkäisevät tekijät ja perheen muut terveystulmat

- auttaa vanhempaa luomaan lapseensa turvallinen ja vastavuoroinen kiintymyssuhde jo varhain sekä auttaa vanhempia muodostamaan myönteinen käsitys lapsesta ja itsestään vanhempana
- auttaa vanhempia pitämään huolta parisuhteestaan ja vanhemmuudestaan, jotta he pystyvät huolehtimaan lapsestaan ja tukemaan lapsen kehitystä, vanhempien opastaminen omien voimavarojen tunnistamiseen ja perhettä kuormittaviin tekijöihin ja ottamaan vastuuta lapsen ja koko perheen hyvinvoinnista
- vertaistuen tarjoaminen muilta vanhemmilta.
- tuen tarjoaminen perheelle terveyttä edistävissä valinnoissa
- neuvolaa ja perhepalveluverkostoa ympäröivän yhteisön lapsi- ja perhemyönteisyyden ja tuen lapsiperheille lisääntyminen
- lasten ja nuorten mielenterveydenhäiriöiden väheneminen
- perheiden terveyteen liittyvän tasa-arvon lisääntyminen, varhaisen tuen kohdentaminen sitä eniten tarvitseville perheille
- vanhempien aktiivinen osallistuminen neuvolapalvelujen kehittämiseen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004:14, 20 - 21.)

Lastenneuvolan tehtävät on määritelty lapsen ja perheen, terveyskeskuksen, kunnan sekä yhteiskunnan tasolla. Lapsen ja perheen tasolla lastenneuvola toimii tiedonvälittäjänä vanhemmille lapsen ja perheen terveydenedistämässä. Lastenneuvola siis tukee vanhemmuutta ja parisuhdetta, jotta perheen toimivuus vahvistuisi. Vanhemmuutta tuetaan lapsilähtöiseen kasvatustapaan. Lastenneuvolassa seurataan lapsen fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja tunne-elämän kehitystä ja tuetaan niissä tarvittaessa. Lastenneuvola huolehtii lapsen rokotusohjelman toteutumisesta. Jos lapsen kehityksessä tai perheessä ja elinympäristössä on merkkejä häiriöistä, on lastenneuvolan tehtävänä puuttua niihin varhain ja ohjata lapsi ja perhe tarvittaessa muille asiantuntijoille (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004:14, 21 - 22.)

Terveyskeskuksen tasolla lastenneuvola tai sen työntekijät ovat perehtyneet vastuualueen perheisiin ja perheiden elinoloihin. Tällöin tulee varmistaa, että vanhemmat osallistuisivat neuvolapalvelujen kehittämiseen ja saisivat itse tarvitsemaansa terveyystukea. Tuki tulee suunnata eniten tukea tarvitseville perheille, terveyden tasa-

arvon edistämiseksi. Terveyskeskuksen tasolla tehtävänä on myös osallistua pitkäaikaisairaiden sekä vammaisten lasten hoidon järjestämiseen. Lastenneuvolan palvelut tulee koordinoida ja järjestää niin, että ne ovat osana perhepalveluverkoston. Perheiden saamien palvelujen jatkuvuus on turvattava sekä luotava puitteet moniammatillisen työn toteutumiselle (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004:14, 21 - 22.)

Kunnan ja yhteiskunnan tasolla lastenneuvolan tehtävänä on olla lapsiperheiden palvelujen ja perheitä koskevan suunnittelun ja päätöksenteon asiantuntijoita. Lastenneuvola seuraa yhteisön ja ympäristön turvallisuutta, lapsi- ja perhemyönteisyyttä ja erilaisten työntekijöiden vaikutuksia perheiden terveyteen. Lastenneuvola on lasten ja perheiden hyvinvoinnin huomioon ottamisen edistäjä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004:14, 21 - 22.)

Lastenneuvolatyön resursseja eli voimavaroja tai toiminnan edellytyksiä ovat esimerkiksi työmäärä, työaika ja työvoima. Jotta neuvola olisi toimiva, edellyttää se riittävää määrää työntekijöitä. Lastenneuvolan henkilökuntaan kuuluvat: terveydenhoitaja, lääkäri ja erityistyöntekijät. Suositusten mukaan neuvolan henkilökuntaan kuuluisi myös perhetyön asiantuntija eli perhetyöntekijä. Lastenneuvolan erityistyöntekijöitä ovat psykologi, puheterapeutti, fysioterapeutti, ravitsemusterapeutti sekä suun terveydenhuollon henkilöstö (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004:14, 32 - 39.)

Lastenneuvolan keskeisin toimija ja resurssi on siis terveydenhoitaja, joka tapaa lapsen 16 - 20 kertaa ennen lapsen kouluun menoa, riippuen noudatetuista, vielä nykyisen asetuksen mukaisista, työkäytännöistä. Terveydenhoitaja tuntee siis oman alueensa väestön ja siihen kuuluvat perheet. Terveydenhoitaja vastaa lapsen kasvun ja kehityksen seurannasta, seulontatutkimuksista ja rokotuksista. Terveydenhoitaja edistää koko perheen terveyttä perhekeskeisesti ja voimavaralähtöisesti. Vanhemmuuden, parisuhteen ja muiden perheen voimavarojen vahvistaminen on terveydenhoitajan työtä, siihen sisältyy esimerkiksi kasvatusneuvontaa ja perheen elämäntapojen tarkastelua (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004:14, 32.)

(Pietilä 2002, 148 - 156.) Vastaanotto toiminta on lastenneuvolatyön perustehtävä, jossa tapahtuu lapsen määräaikaissäeura (Nikkanen 2008, 24)

Lastenneuvolan työmuotoja ovat lapsen ja perheen terveystapaamiset. Näihin tapaamisiin sisältyy seulontatutkimukset, rokottaminen, ohjaus, tuki ja neuvonta. Lastenneuvola järjestää myös erilaisia ryhmiä ja kotikäyntejä. Näin mahdollistetaan lasten perheiden voimavaraistuminen sekä varhainen puuttuminen kasvua, kehitystä ja terveyttä vaarantaviin tekijöihin (Armanto ym. 2007, 113.)

Terveyden edistäminen lastenneuvolatyössä on toimintaa, joka lisää perheiden mahdollisuuksia vaikuttaa omaan terveyteensä ja sen taustatekijöihin, mikä johtaa taas koko perheen terveyden kohenemiseen. Lastenneuvolassa tulisi kiinnittää huomiota erityisesti lapsen ja perheen terveen elämän edellytyksiin sekä vanhempien ja lasten terveydenlukupäätöksiin. Neuvolan työtapoihin kuuluvat myös terveyttä edistävien yhteisöjen luominen, moniammatillinen yhteistyö ja sektorien välinen yhteistyö (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004:14, 23 - 24.)

Voimavara-aktiivisuus on yksi keino toteuttaa terveyttä edistävää toimintaa. Neuvolassa on keskeistä kiinnittää huomiota vanhempien ja lasten voimavaroihin, sekä niitä suojaaviin ja vahvistaviin tekijöihin. Ehkäisy ja varhainen puuttuminen on keskeistä neuvolassa, pulmatilanteisiin pyritään puuttumaan mahdollisimman varhain. Neuvola edistää lapsiperheiden yhteenkuuluvaisuutta ja tarjoaa vertaistukea. Terveyden edistämiseksi tulee ottaa huomioon tasa-arvo ja oikeudenmukaisuus, toiset perheet tarvitsevat enemmän tukea kuin toiset. Neuvolatyöryhmässä tulee olla moniammatillista osaamista, ryhmällä tulee olla samat arvot ja yhteiset toimintatavat (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004:14, 23 - 24.)

6 LASTEN PAINONHALLINTA LASTENNEUVOLASSA

Tässä kappaleessa käsitellään ylipainoisen lapsen hoitoa sekä vanhempien roolia lasten painonhallinnassa. Lasten painonhallinta on siis keskeinen lastenneuvolan terveyden edistämisen tehtävä. Lasten vanhemmat ovat myös keskeisessä roolissa lasten painonhallinnassa. Lasten painonhallintaan on tarjolla paljon erilaista terveystasvatusaineistoa terveydenhoitajien käyttöön.

6.1 Ylipainoisen lapsen hoito

Keskeistä lasten painonhallinnassa ovat perheen arkiruokailu, vuorovaikutustaidot sekä aktiivinen elämäntapa, lisäksi television katseluun ja tietokonepeleihin käytetyn ajan rajoittaminen. Avainasioita ylipainoisen lapsen hoidossa ovat tasapainoinen suhde ruokaan, säännöllinen ja tarpeen mukainen syöminen, jatkuvan napostelun välttäminen ja liikuntarikas arki (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004:14, 221.) Terveystenhoitajan tulee suunnitella lihavan lapsen hoito perustuen perheen motivaatioon ja voimavaroihin (Kalavainen, Päätalo, Ihanainen & Nuutinen 2008, 12).

Kun lapsella todetaan ylipainoa, on poissuljettava mahdolliset sairaudet ja varmistua ettei suhteellinen pituus laske samanaikaisesti, mikä voi viitata esimerkiksi kilpirauhasoireyhtymään. Terveystenhoitaja tai lääkäri selvittää myös onko lähisuvussa ylipainoa, sydän- tai verisuonitautia, tyypin 2 diabetesta tai rasvaaineenvaihdunnanhäiriöitä, lisäksi lapselta mitataan verenpaine. Verikokeita otetaan, jos niille löydetään viitteitä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004:14, 221.)

Mahtavat muksut (2008) oppaan mukaan ylipainoisen tai lihavan lapsen hoito edellyttää lapsen vanhempien motivaatioita ja voimavaroja hoitoon. Hoitomotivaatio ja voimavarat tulisi arvioida ennen hoidon aloittamista. Jos voimavarat ovat vähäiset, annetaan perheelle lyhyt neuvontaa painonhallinnan eduista ja haitoista, perheen niin halutessa. Jos voimavarat ovat riittävät, aloitetaan lapselle intensiivinen hoito-ohjelma yksilö- tai ryhmähoitona (Kalavainen ym. 2008, 10 - 14.)

Vanhempien motivointi elämäntapojen muutokseen voi olla hankalaa. Motivoinnin tulisi tapahtua mahdollisuuden, ei pakon kautta. Elämäntapamuutokset tulisi kokea mahdollisuutena vaikuttaa omaan terveyteen tai lapsen terveyteen. Motivoiva ilmapiiri tulisi luoda vuorovaikutuksellisin keinoin, ilmapiirin pitäisi olla turvallinen ja luottamusta herättävä. Pelkkä tieto ei kuitenkaan ole riittävä tuki elämäntapamuutoksiin, koska elämäntapamuutos on työskentelyä ja sitoutumista vaativa prosessi. Joka tapauksessa motivaatio elämäntapamuutokseen täytyy lähteä asiakkaasta itseltään, terveydenhoitaja ei voi määrätä tai painostaa perhettä muutokseen. Asiakkaan ohjaus elämäntapamuutokseen tulisi olla houkuttelevaa ja valmentavaa, pitäisi saada perhe pohtimaan omaa osuuttaan sillä hetkellä sekä miten perheen omat päätökset vaikuttavat tulevaisuuteen. Elämäntapamuutos voi vaatia aikaa, eikä siihen välttämättä olla heti valmiita (Turku 2007, 41 - 43.)

Lasten painonhallinnan tueksi on olemassa paljon terveyskasvatusaineistoa kuten useita esitteitä, oppaita ja lehtisiä. Apua terveydenhoitajille tarjoavat esimerkiksi Lasten lihavuuden Käypä hoito -suositus, oman kunnan painonhallintaohjelmat, Mahtavat muksut (2008) -opas, Sydänliiton Neuvokas perhe -materiaali sekä Turun kaupungin Painokas -hankkeen materiaali.

6.2 Vanhempien rooli lasten painonhallinnassa

Ylipainon esille ottaminen ei useinkaan ole kovin helppoa lapselle ja vanhemmille. Vanhempien voi olla vaikea tunnistaa lapsen ylipaino (Kalavainen ym. 2008, 9). Brittiläisen tutkimuksen mukaan suurin osa ylipainoisten lasten vanhemmista oli epätietoisia lastensa ylipainosta tai eivät olleet huolissaan lapsensa painosta tällä hetkellä (Campbell, Williams, Hampton & Wake 2006). Äidit eivät myöskään kokee ylipainoa huolestuttavana, ennen kuin se näkyi selkeästi (Zehle, Wen & Rissel 2007).

Vanhempien rooli on ratkaiseva lasten painonhallinnassa, koska lapsi oppii perheensä tavat hyvinvoinnin ylläpitämiseen. Vanhemmat vaikuttavat ruoan sekä liikuntavälineiden saatavuuteen, lasten päivärytmiin ja lasten mieltymyksiin ja asenteisiin. Vanhemmat ovat lastensa mallivaikuttajia ja rajojen asettajia. Lapsen on helpompi

muuttaa ruokailu- ja liikuntatottumuksiaan, kun vanhemmat toimivat samassa linjassa. Jos lapsen vanhemmat tai toinen vanhemmista on ylipainoinen, rohkaistaan heitä yhdessä lapsen kanssa samanaikaiseen painonhallintaan. Vanhempien tulisi ainakin toimia malleina hyvälle ruokailu- ja liikuntatottumuksille (Kalavainen ym. 2008, 9.)

7 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää: miten lastenneuvoloissa työskentelevät terveydenhoitajat käytännössä toimivat alle kouluikäisten lasten painonhallinnassa.

1. Mikä on Satakunnan alueen terveydenhoitajien mielestä ongelmallista ylipainoisen tai lihavan lapsen hoidossa?
2. Millaisia ovat Satakunnan alueen terveydenhoitajien työmenetelmät lasten painonhallinnassa?

8 TUTKIMUSMENETELMÄT

Tutkimusmenetelmä on pääosin kvantitatiivinen. Kvantitatiivista tutkimusmenetelmää käytetään, jotta saadaan kerättyä mahdollisimman monen henkilön käsityksiä. Kvalitatiivinen tutkimus sopisi menetelmäksi, koska tutkitaan käsityksiä, mutta kvalitatiivisin menetelmin ei saataisi riittävän monen terveydenhoitajan käsityksiä kerättyä. Kvalitatiivisella menetelmällä saataisiin alle kymmenen terveydenhoitajan käsitykset, kun taas kvantitatiivisella menetelmällä saatiin kymmeniä käsityksiä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 139 - 140.) Tiedonkeruumenetelmäksi valittiin kvantitatiivinen kyselylomake, koska sen avulla saatiin mahdollisimman suuri otan-

ta. Suuri otanta antaa luotettavamman kuvan terveydenhoitajien käsityksistä lasten painonhallinnassa. Kvalitatiivisin menetelmin saataisiin vain muutama vastaaja, jolloin tutkimuksen tuloksia ei voitaisi yleistää yhtä luotettavasti kuin kvantitatiivisin menetelmin. Kyselylomakkeessa käytettiin kuitenkin myös avoimia kysymyksiä, joita analysoitiin laadullisin menetelmin käyttäen sisällönanalyysia.

8.1 Kyselyn laatiminen

Kysely laadittiin marraskuun 2008 ja tammikuun 2009 välisenä aikana. Kyselylomake on laadittu käyttäen apuna Marja-Terttu Sahan kyselylomaketta (Lasten lihavuus avoterveydenhuollon haasteena: terveydenhoitajien käytännön kokemuksia), joka on laadittu yhteistyössä Pirkanmaan D2D-hankkeen kanssa. Kyselylomakkeen käyttöluvan sain sähköpostitse (liite 1). Lisäksi lisää kysymyksiä laadittiin opinnäytetyön yhteistyökumppaneiden: lasten lihavuustyöryhmän lääkäri Samuli Ylitalon sekä ravitsemusterapeutti Virpi Järveläisen kanssa. Ylitalolta ja Järveläiseltä lähti tarve selvittää, miten lastenneuvolassa toimitaan kun lapsi on ylipainoinen. Kyselylomakkeen tekoon osallistui myös porilainen terveydenhoitaja Eeva-Liisa Haanpää, joka on tehnyt paljon työtä ylipainoisten lasten hoidon ja ennaltaehkäisyssä parissa ja toi siten terveydenhoitajan näkökulman kysymyksiin. Haanpää oli aiemmin kiertänyt ympäri Satakuntaa kertomassa lasten painonhallinnan ohjelmasta. Yhteydessä oltiin myös kouluterveydenhoitaja Mirja Isoviitaan, joka teki opinnäytetyön Kouluterveydenhoitaja ylipainoisten lasten elintapaohjausten kehittäjänä (2009).

8.2 Aineistoanalyysi ja tilastolliset menetelmät

Aineistoa kerättiin käyttäen kvantitatiivista kyselylomaketta (liite 5). Kysymykset ovat muotoilultaan avoimia kysymyksiä ja monivalintakysymyksiä. Kohderyhmänä olivat Satakunnan alueen lastenneuvoloiden terveydenhoitajat. Alueeseen kuuluvia kuntia ovat: Pohjois-Satakunnan seutukunnat (Honkajoki, Jämijärvi, Kankaanpää, Karvia, Kiikoinen, Lavia ja Siikainen), Porin seutukunnat (Harjavalta, Huittinen,

Kokemäki, Luvia, Merikarvia, Nakkila, Noormarkku, Pomarkku, Pori ja Ulvila) sekä Rauman seutukunnat (Eura, Eurajoki, Köyliö, Rauma ja Säkyli).

Kysely lähetettiin vastaajille käyttäen apuna Google Docs -tietokoneohjelmaa. Kysely lähetettiin sähköpostitse Satakunnan alueen terveydenhoitajille. Terveydenhoitajat saivat sähköpostiinsa linkin, jonka kautta pääsivät vastaamaan kyselyyn. Terveydenhoitajat vastasivat kyselyyn anonymiteitilla. Terveydenhoitajien vastaukset tallentuivat sähköpostiini Google Docs ohjelman kautta.

Tulokset raportoitiin Tixel -ohjelman avulla. Avoimet kysymykset operationalisoitiin mitattavaan muotoon käyttäen sisällönanalyysia. Vastauksia vertailtiin ja tarkasteltiin käyttäen yksiulotteisia jakaumia ja ristiintaulukointia. Tulokset esitettiin lukujen ja prosenttiosuuksien muodossa.

8.3 Sisällönanalyysi aineiston operationoimistamisessa

Opinnäytetyön aineisto kerättiin kyselylomakkeella, jossa oli myös avoimia kysymyksiä. Avoimia kysymyksiä käytettiin kyselylomakkeessa, koska ei haluttu ohjata vastaajien ajattelua. Avoimilla kysymyksillä haluttiin tuoda esiin aiheita, joita opinnäytetyön tekijä ei itse ollut tullut ajatelleeksi. Avoimet kysymykset myös vahvistivat opinnäytetyön johtopäätöksiä. Avoimet vastaukset muutettiin mitattavaan muotoon sisällönanalyysin avulla, esimerkiksi sisällönanalyysista on liitteessä neljä.

Sisällönanalyysi tarkoittaa aineiston tarkastelua erittelemällä, etsimällä yhtäläisyyksiä ja eroja sekä tiivistämällä, mistä muodostuu tutkittavan ilmiön tiivistetty kuvaus. Sisällönanalyysi on tekstianalyysia kuten diskurssianalyysi. Sisällönanalyysissa pyritään kytkemään tulokset ilmiön laajempaan kontekstiin (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105.)

8.4 Mittarin luotettavuus

Mittari esitettiin kolmella terveydenhoitajalla. Kyselyvastaukset ovat anonymoituja ja siten luottamuksellisia. Tutkija ei saanut tietoonsa kyselyyn vastanneiden henkilöllisyyttä.

8.5 Tutkimuksen toteutus

Tutkimuslupa-anomus (liite 2) ja tutkimussuunnitelma lähetettiin maaliskuun 2009 alussa Satakunnan alueen terveystieteiden johtaville hoitajille. Terveystieteiden myöntämät luvat (esimerkki liitteenä 3), oltiin johtaviin hoitajiin vielä yhteydessä sähköpostitse ja pyydettiin alueen lastenneuvolatyötä tekevien terveydenhoitajien sähköpostiosoitteet. Huhtikuun alussa lähetettiin terveydenhoitajille sähköpostiviesti, jossa oli linkki kyselyyn vastaamiseen. Sähköpostiviesti lähetettiin yhteensä 95 terveydenhoitajalle. Kuviossa yksi on esitelty opinnäytetyön etenemissuunnitelma. Kyselylomakkeita saatiin takaisin 47 kappaletta (N=47), jolloin vastausprosentti oli 49,5. Vastausaika oli aluksi kaksi ja puoli viikkoa, mutta pienen vastausmäärän vuoksi sitä jouduttiin jatkamaan vielä kahteen kertaan, jotta saatiin riittävästi vastauksia. Taulukossa yksi on esitelty terveystieteiden ja kuntayhtymille lähetettyjen ja takaisin saatujen kyselylomakkeiden määrät, sekä vastausprosentit.



Kuvio 1. Opinnäytetyön etenemissuunnitelma.

Taulukko 3. Lähetettyjen ja takaisin saatujen kyselylomakkeiden määrät ja vastausprosentit.

	lähetetyt	palautetut	vastaus %
Terveyskeskus/kuntayhtymä			
Ulvilan terveyskeskus	8	3	37,5
Euran terveyskeskus	6	3	50
Keski-Satakunnan kansanterveystyön kuntayhtymä	13	2	15,4
Luoteis-Satakunnan kansanterveystyön kuntayhtymä	4	3	75
Luvian terveyskeskus	2	2	100
Pohjois-Satakunnan peruspalvelu-liikelaitos kuntayhtymä	10	5	50
Porin perusturvakeskus	34	23	67,6
Säkylän ja Köyliön terveydenhuollon kuntayhtymä	2	1	50
Huittisten terveyskeskus	3	2	66,7
Rauman terveyskeskus	13	3	23
Yhteensä	95	47	49,5

9 TULOKSET

Tässä kappaleessa raportoin tulokset laadullisesti ja määrällisesti. Tulokset on raportoitu pääsääntöisesti määrällisesti. Tuodakseni esiin vastuksien sisältöä vastaajien omin sanoin osa tuloksista on raportoitu myös laadullisesti. Lisäksi tuloksia on selvennetty suorilla lainauksilla, jotta tehdyt tulkinnat välittyisivät todellisuudessaan lukijalle. Tulokset on jaoteltu terveydenhoitajien tietojen lasten painonhallinnasta mukaan, terveydenhoitajien työmenetelmien mukaan sekä terveydenhoitajien käsityksien lasten painonhallinnan problematiikasta mukaan. Vastaajia oli kaiken kaikkiaan 47 kappaletta. Kaikki vastaajat eivät kuitenkaan vastanneet jokaiseen kysymykseen, kysymyksissä oli mahdollisuus valita myös useita eri vaihtoehtoja.

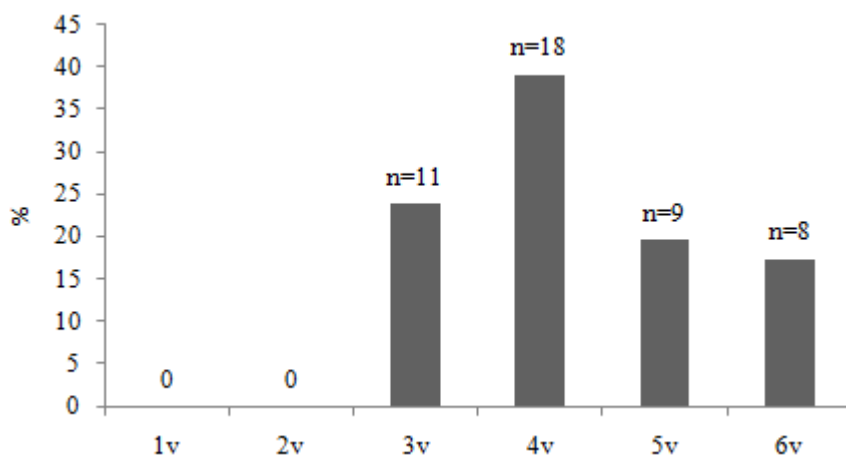
9.1 Terveydenhoitajien tiedot lasten painonhallinnassa

Terveydenhoitajien tietoja lastenpainonhallinnassa Satakunnan alueen neuvoloissa selvitettiin kysymällä terveydenhoitajien ylipaino- ja lihavuus käsitteiden tuntemusta sekä Lasten lihavuuden Käypä hoito -suosituksen tuntemusta.

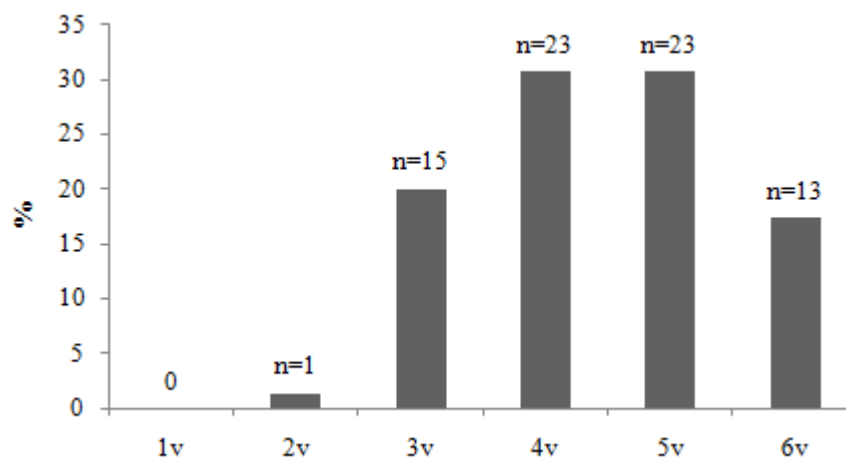
Terveydenhoitajilta kysyttiin käsitteiden ylipaino ja lihavuus tuntemusta. Kysymykset olivat monivalintaisia, osa terveydenhoitajista valitsi enemmän kuin vaaditun yhden vaihtoehdon. Käsitteiden määrittely vaihteli tasaisesti kahden samankaltaisen vaihtoehdon välillä. Kaksi terveydenhoitajaa ei osannut sanoa, milloin lapsi on ylipainoinen tai lihava, kahden terveydenhoitajan mielestä käsitteillä ylipaino ja lihavuus ei ollut eroa. Lapsi on ylipainoinen, kun pituuspaino ylittää 10 prosenttia, myös noin puolet (n=26) terveydenhoitajista oli samaa mieltä. Alle puolet terveydenhoitajista (n=20) käsitti lapsen olevan ylipainoinen, kun lapsen pituuspaino ylittää 20 prosenttia. Tasan puolet terveydenhoitajista (n=25) piti lasta lihavana, kun lapsen pituuspaino ylittää 30 prosenttia. Vähän alle puolet (n=22) terveydenhoitajista taas piti lasta lihavana, kun pituuspaino ylitti 20 prosenttia.

Terveydenhoitajilta kysyttiin, milloin heidän mielestään tytöillä ja pojilla alkaa syntyä ylipainoa, kysymykseen vastattiin valitsemalla mielestään sopiva/sopivia vaihto-

ehtoja monivalintakysymyksistä. Reilu kolmasosa (n=18) terveydenhoitajista piti yleisimpänä tyttöjen painonnousun ikänä neljää ikävuotta. Terveydenhoitajat eivät havainneet lainkaan ylipainoa yksi ja kaksi -vuotiailla tytöillä. Kolmasosa (n=23) terveydenhoitajista piti yleisimpänä poikien painonnousun ikänä neljää ja viittä ikävuotta. Terveydenhoitajat eivät havainneet lainkaan painonnousua myöskään yksi- vuotiailla pojilla. Yksi terveydenhoitaja oli havainnut painonnousua kaksivuotiailla pojilla.



Kuva 2. Ikä, jolloin tytöillä alkaa terveydenhoitajien mielestä syntyä ylipainoa.



Kuva 3. Ikä, jolloin pojilla alkaa terveydenhoitajien mielestä syntyä ylipainoa.

Terveydenhoitajilta kysyttiin myös Lasten lihavuuden Käypä hoito -suosituksen tuntemusta. Kysymykseen sai vastata kyllä tai ei vaihtoehdoilla. Suurin osa eli 80 pro-

senttia (n=36) terveydenhoitajista tunsi Käypä hoito -suosituksen. Viidennekselle terveydenhoitajista (n=9) Käypä hoito -suositus ei ollut tuttu.

Lasten lihavuuden Käypä hoito -suosituksen tuntemuksen jatkokysymyksessä kysyttiin myöntävästi edellisiin kysymyksiin vastanneilta, miten terveydenhoitajat hyödyntävät kyseistä suositusta työssään lasten painonhallinnassa. Jatkokysymys oli avoin kysymys. Lähes puolet (n=14) myöntävästi vastanneista terveydenhoitajista kertoi käyttävänsä Käypä hoito -suositusta lastenpainonhallintatyössä löytääkseen eteenpäin lähettämisen kriteerit.

9.2 Terveydenhoitajien työmenetelmät

Terveydenhoitajien työmenetelmiä lasten painonhallinnassa selvitettiin kysymällä selvittävätkö terveydenhoitajat lapsen ja perheen liikunta- ja ruokailutottumuksia, käyttävätkö terveydenhoitajat terveystarkastusaineistoa lasten painonhallintaohjauksen tukena sekä tekevätkö terveydenhoitajat yhteistyötä muiden ammattiryhmien kanssa. Lisäksi terveydenhoitajilta kysyttiin oman työyhteisön lasten painonhallintaohjelmasta sekä saadusta täydennyskoulutuksesta ja sen tarpeesta.

Ruokailu- ja liikuntatottumusten selvittäminen lapselta ja lapsen perheeltä on yksi terveydenhoitajan työmenetelmistä. Terveydenhoitajan tulisi selvittää lapsen ja perheen ruokailu- ja liikuntatottumukset jokaisessa lapsen iän mukaan järjestettävässä terveystarkastuksessa lastenneuvolassa. Kysymykset olivat monivalintaisia. Lähes kaikki (n=46) terveydenhoitajat selvittivät kaksivuotiaan lapsen ja häneen perheensä ruokailutottumuksia lapsen kaksivuotisterveystarkastuksessa. Lasten terveystarkastuksissa, lapsen ollessa 3 - 6 -vuotias, yli 80 prosenttia (n=39) terveydenhoitajista selvitti lapsen ja perheen ruokailutottumuksia.

Lähes kaikki (n=43) terveydenhoitajat selvittivät myös lapsen ja hänen perheensä liikuntatottumuksia lapsen viisivuotisterveystarkastuksessa, liikuntatottumusten selvittäminen lapsen ollessa viisivuotias oli yleisintä. Terveydenhoitajista alle puolet (n=20) selvittivät lapsen ja perheen liikuntatottumuksia lapsen kaksivuotisterveystarkastuksessa, kaksivuotisterveystarkastuksessa liikuntatottumusten selvittäminen oli vähäisintä. Muissa terveystarkastuksissa, 3-, 4- ja 6-vuotiaat lapset, kolme neljäsosaa terveydenhoitajista (n=35) selvitti lapsen ja perheen liikuntatottumuksia. Kolme terveydenhoitajaa ei selvittänyt lainkaan lapsen ja perheen ruokailu- tai liikuntatottumuksia.

Terveyskasvatusaineiston käyttöä koskevassa kysymyksessä terveydenhoitaja sai valita kyllä tai ei vaihtoehdon. Suurin osa terveydenhoitajista vastasi (n=38) käyttävänsä terveyskasvatusaineistoa lasten painonhallintaohjauksen tukena. Jatkokysymys terveyskasvatusaineistosta koski käytössä olevaa materiaalia, kysymykseen vastattiin avoimesti. Terveydenhoitajien käyttämä lasten painonhallinnan terveyskasvatusaineisto koostui enimmäkseen terveyskeskuksen ohjelmien materiaalista tai esitteistä kuten lautasmalli, Kotimaiset kasvokset -esite, Alle kouluikäisen ruokapäivä -lehtinen sekä Uusi suomalainen ravinto-opas. Terveydenhoitajilta kysyttiin myös, mikseivät he käytä terveyskasvatusaineistoa työssään. Terveydenhoitajat (n=7) vastasivat kysymykseen suljetusti. Terveyskasvatusaineistoa ei käytetä, koska ajan tasalla olevaa terveyskasvatusaineistoa ole riittävästi tarjolla. Toiseksi yleisin syy (n=2) oli, ettei aikaa ole riittävästi.

Terveydenhoitajien moniammatillista yhteistyötä lasten painonhallinnassa selvitettiin monivalintakysymyksellä. Lähes kaikki (n=43) terveydenhoitajat tekivät moniammatillista yhteistyötä.

Terveydenhoitajat nimesivät moniammatillisen yhteistyön ammattiryhmiksi esimerkiksi lääkärit, ravitsemusterapeutit, fysioterapeutit sekä lasten poliklinikan. Kysymykseen: minkä ammattiryhmien kanssa ja minkälaista yhteistyötä he tekevät, terveydenhoitajat saivat vastata avoimesti. Puolet terveydenhoitajista reilu kolmasosa (n=31) nimesi lääkärin yhteistyökumppaniksi, toiseksi yleisin ammattiryhmä olivat ravitsemusterapeutit, jonka nimesivät noin viidennes terveydenhoitajista (n=21).

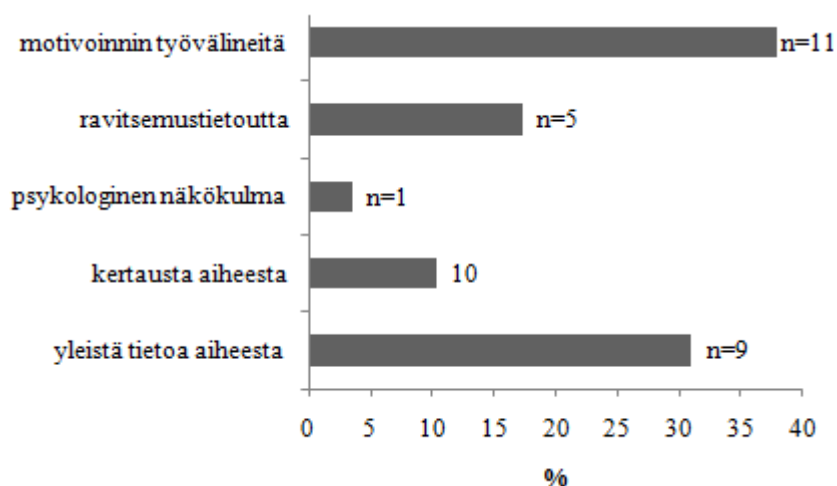
Terveydenhoitajat (n=14) hyödynsivät myös fysioterapeuttien asiantuntijuutta. Moniammatillinen yhteistyö oli suurimmaksi osaksi lääkärin konsultaatiota, noin puolet (n=22) terveydenhoitajista vastasi konsultoivansa lääkäriä. Yksi terveydenhoitaja vastasi, ettei terveyskeskuksessa ollut lainkaan ravitsemusterapeutin virkaa. Terveydenhoitajat (n=7) vastasivat tekevänsä yhteistyötä myös päiväkodin kanssa. Ohessa on esimerkki avoimesta vastauksesta.

”Päiväkotihenkilöstön kanssa järjestetään yhteisiä vanhempainiltoja, joissa aiheina on usein ravitsemus, liikunta tai nukkumisasiat.”

Terveyskeskuksien lasten ja nuorten painonhallintaohjelmia selvitettiin kysymällä terveydenhoitajilta monivalintakysymys, onko omassa terveyskeskuksessa käytössä kyseenlaista ohjelmaa. Lähes kaikki (n=43) terveydenhoitajat vastasivat, että työyhteisössä on käytössä jokin lasten ja nuorten painonhallintaohjelma. Vain kaksi terveydenhoitajaa vastasi, ettei terveyskeskuksessa/työyhteisössä ole omaa painonhallintaohjelmaa. Avoimen kysymyksen perusteella, käytössä olevia painonhallintaohjelmia olivat: Porin lasten- ja nuorten painonhallintaohjelma (n=24), Hyvis -hanke (n=5) sekä Lasten lihavuuden Käypä hoito -suositus (n=2). Terveyskeskusten omien ohjelmien (n=3) lisäksi yksi terveydenhoitaja vastasi, että lasten painonhallintaohjelma teko oli vielä kesken.

Terveydenhoitajien täydennyskoulutusta selvitettiin monivalintakysymyksellä. Suurin osa (n=34) terveydenhoitajista oli saanut täydennyskoulutusta lasten painonhallinnasta. Neljännes (n=12) terveydenhoitajista ei ollut saanut täydennyskoulutusta aiheesta. Saatu koulutus oli avoimen kysymyksen mukaan Porin terveyskeskuksen, oman terveyskeskuksen, Satakunnan sairaanhoitopiirin tai muun tahon järjestämää.

Terveydenhoitajien tarvetta lisäkoulutukselle selvitettiin monivalintakysymyksellä. Terveydenhoitajista 69 prosenttia (n=31) toivoi saavansa lisää täydennyskoulutusta lasten painonhallinnasta. Kysyttäessä mieluisista täydennyskoulutuksen aiheista, terveydenhoitajien avoimista vastauksista nousi esille ennen kaikkea saada uusia työvälineitä motivointiin, saada yleistä tietoa lasten ylipainosta, lihavuudesta ja painonhallinnasta sekä ravitsemustietoutta. Toivotun täydennyskoulutuksen aihealueet on koottu kuvaan numero neljä.



Kuva 4. Terveydenhoitajien ehdottamia aiheita lasten painonhallinnan täydennyskoulutuksiin.

9.3 Terveydenhoitajien käsitykset lasten painonhallinnan problematiikasta

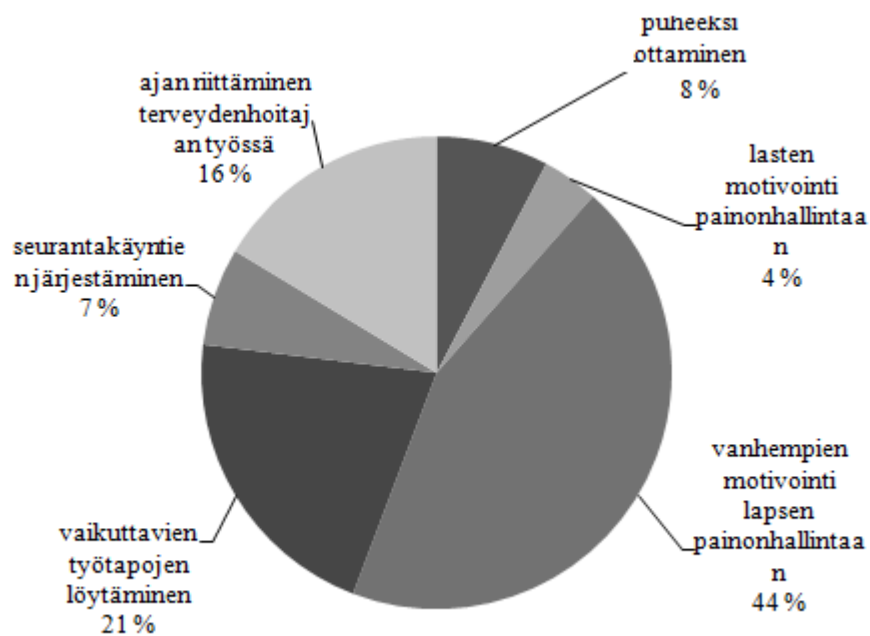
Terveydenhoitajien käsityksiä lasten painonhallinnan problematiikasta selvitettiin kysymyksillä: mitkä tekijät huolestuttavat terveydenhoitajia lasten painon kehityksessä, mitkä ovat terveydenhoitajien mielestä keskeiset ongelmat lasten painonhallinnassa sekä onko terveydenhoitajien mielestä lasten painonhallintaan lastenneuvolassa suunnatut resurssit riittävät.

Terveydenhoitajien huolenaiheita lapsen painon kehityksessä selvitettiin avoimella kysymyksellä. Sisällönanalyysissa keskeisiksi huolenaiheiksi nousivat: lasten luonnollisen liikunnan väheneminen (n=8), vanhempien välinpitämättömyys (n=8), ylipainoisuus yleistynyt (n=13) sekä lapsen painonnousu leikki-iässä (n=7). Muita esiinnoitettuja huolenaiheita olivat esimerkiksi ruokailutottumusten muutos, vanhempien voimattomuus sekä vanhempien kielteinen suhtautuminen ja loukkaantuminen. Ohessa on esimerkkejä avoimista vastauksista.

”Vanhempien suhtautuminen, loukkaantuvat, eivät näe asiaa lapsen kannalta.”

”Vanhempien piittaamattomuus ja selittelyt sekä lasten luontaisen liikunnan väheneminen.”

Terveydenhoitajien käsityksiä keskeisistä ongelmista lasten painonhallinnassa selvitettiin monivalintakysymyksellä. Terveydenhoitajien mielestä vanhempien motiivointi mukaan hoitoon oli selvästi keskeisin ongelma (n=46). Noin puolet (n=22) terveydenhoitajista koki ongelmalliseksi vaikuttavien työtapojen löytämisen. Puheeksi ottamista ei koettu niin ongelmalliseksi, yhdeksän terveydenhoitajista valitsi sen yhdeksi keskeisimmistä ongelmista. Vastaukset on jaoteltu kuvassa viisi.



Kuva 5. Terveydenhoitajien käsityksiä lasten painonhallinnan ja lasten painonhallintatyön keskeisistä ongelmista.

Terveydenhoitajilta kysyttiin perusteluja kysymykseen keskeisistä ongelmista lasten painonhallinnassa (kuva 6). Kysymys oli avoin kysymys, vastaukset jaettiin kolmen alaotsikon alle: terveydenhoitajasta johtuva, vanhemmista johtuva sekä lapsesta johtuva. Vain yksi terveydenhoitaja ajatteli lasten painonhallinta ongelmien johtuvan lapsesta itsestään. Tekstin ohessa on esimerkkejä avoimista vastauksista näihin kysymyksiin.

Neljännes (n=12) terveydenhoitajista piti lasten painonhallinta ongelmia terveydenhoitajasta johtuviksi, koska omat työmenetelmät eivät olleet riittävät tai terveydenhoitajalla ei ollut antaa asiakkaalle esimerkiksi seuranta-aikoja.

”Erittäin vaikea asia ottaa esille ja löytää sopivat sanat, välineet ym. keinot joilla perhe motivoituisi elämäntapamuutoksiin. Asia on niin henkilökohtainen ja ehkä myös jollain tapaa ”häpeällinen” niin sitä ehkä vältelläänkin. Haastava aihe. Pitäisi osata jokainen perhe saada mukaan positiivisen kannustuksen avulla tosiasioita unohtamatta.”

”Aikaa ei ole riittävästi. Asia on yksinkertainen, mutta sen läpi käyminen on vaikeaa. Ainakin vanhemmille. Toivon, että vastaanotoltani lähdetäisiin hyvillä mielin, joten ikävä asia täytyy puida ja saada positiiviseksi. Tällä hetkellä 45 min. vastaanotto aika ei riitä kaiken ohjauksen läpikäymiseen, uuden ajananto on aina vaihtoehto, mutta kun aikoja ei ole ja jos asian joutuu vieämään kovin pitkälle, niin aina lähdetään alusta keskustelemaan.”

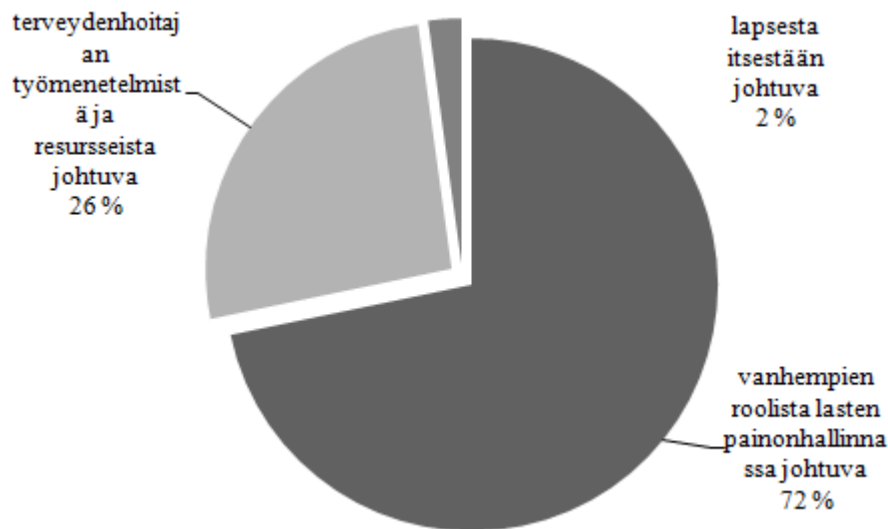
”Resurssit vähäiset, lisää materiaalia ja tapoja kaivattaisiin.”

Kaksi kolmasosaa (n=33) terveydenhoitajista piti lasten painonhallinta ongelmia lasten vanhemmista johtuviksi, koska vanhemmat eivät ota lapsen painonnousua vakavasti tai vanhemmille on vaikeaa luopua omista ruokailutottumuksistaan.

”Usein vanhemmat eivät ota lapsen painonnousua vakavasti vaan vähättelevät sitä. Lapsi ei heidän silmissään ehkä näytä ylipainoiselta ja siksi vähättelevät asiaa. Vanhemmista voi myös olla vaikeaa luopua totutuista ruokatavoista. On vaikeaa saada vanhemmat ymmärtämään ylipainon haitallisuuden lapsen terveydelle.”

”Leikki-ikäinen ei kannu vastuuta painostaan, liikkumisestaan eikä syömisestään.”

”Yleinen mielipide vanhemmilla on, että kyllä ne sisaruksetkin tai muut ovat hoikistuneet, kun ovat vanhentuneet ja pituuskasvu on kiihtynyt.”



Kuva 6. Terveystenhoitajien käsitys lasten painonhallinnan problematiikan taustatekijöistä.

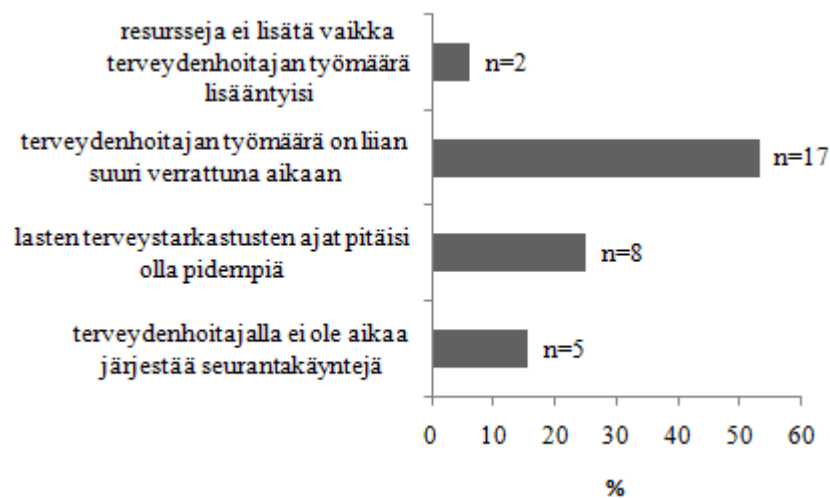
Terveystenhoitajilta kysyttiin resurssien riittävydestä lasten painonhallinnassa lastenneuvolassa. Suurin osa terveystenhoitajista (n=37) piti lasten painonhallintaan suunnattuja resursseja riittämättöminä. Yhdeksän terveystenhoitajaa piti näitä resursseja riittävinä. Perustelut resurssien riittämättömyyteen saatiin avoimien kysymysten vastauksista. Perusteluja resurssien riittämättömyyteen (kuva 7) olivat: ei ole aikoa järjestää seurantakäyntejä, vastaanottoaikojen pitäisi olla pidempiä, aika ja työmäärä eivät kohtaa sekä uusien lasten painonhallintamallien opiskelu vie runsaasti aikaa. Ohessa on esimerkkejä avoimista vastauksista.

”Voimme sopia neuvolaan seurantakäyntejä ja siihen on riittävästi aikaa”

”Painonhallinnan ohjauksen toteuttaminen ohjeen mukaan vie paljon aikaa. Jos tarve tulee yllättäen, ei siihen voi mitenkään varautua. Muutenkin ajat ovat jo kortilla. Vastaanottoajat pitäisi olla pidempiä.”

”Työssä on niin monta eri osa-aluetta jota pitäisi hoitaa, joten paino on vain yksi niistä.”

”Työaika ei tunnu riittävän, kun jatkuvasti uusia malleja lisätään tarkastuksiin ja resursseja ei kuitenkaan lisätä samaa vauhtia.”



Kuva 7. Terveystarkastajien perusteluja lasten painonhallintaan suunnattujen resurssien riittämättömyydelle.

10 JOHTOPÄÄTÖKSET

Terveystarkastajien tiedot lasten painonhallinnassa ovat kyselyn mukaan hyvät. Käsitteet ylipaino ja lihavuus olivat terveystarkastajille kaiken kaikkiaan tuttuja. Ylipaino ja lihavuus käsitteet vaikuttivat kuitenkin olevan jollain tapaa terveystarkastajien henkilökohtaisia mielipidekysymyksiä. Pituuspainon ollessa yli 10 prosenttia tai yli 20 prosenttia lasta pidettiin ylipainoisena tai pituuspainon ollessa yli 20 prosenttia tai yli 30 prosenttia lasta pidettiin lihavana. Vastaajien valitsemat vaihtoehdot eivät prosenttiosuuksiltaan vaihdelleet merkityksellisesti. Kuitenkin jopa kaksi terveystarkastajaa ei osannut sanoa milloin lapsi on lihava tai ylipainoinen. Myös kahden terveystarkastajan mielestä käsitteillä ylipaino ja lihavuus ei ollut eroa. Lasten lihavuuden Käypä hoito -suositus oli suurelle osalle terveystarkastajista tuttu. Kuitenkin jopa viides terveystarkastajista ei kyselyn mukaan tuntenut kyseistä Käypä hoito -suositusta. Terveystarkastajien käsitysten mukaan tytöillä alkaa syntyä ylipainoa neljän vuoden iässä, pojilla taas neljän ja viiden vuoden iässä.

Terveydenhoitajien työmenetelmät lastenneuvolassa lasten painonhallinnassa olivat osittain puutteellisia. Terveydenhoitajat kyllä selvittivät pääpiirteissään lapsen ja perheen ruokailutottumuksia, etenkin kaksivuotiaan lapsen terveystarkastuksessa. Sen sijaan liikuntatottumusten selvittäminen oli vähäisempää. Vain kolme neljäsosaa selvitti kolme-, neljä- ja kuusivuotiaiden lasten terveystarkastuksissa lapsen ja perheen liikuntatottumuksia. Myönteistä on kuitenkin, että lähes kaikki terveydenhoitajat selvittivät viisivuotiaan lapsen ja perheen liikuntatottumuksia. Hälyttävää lienee kuitenkin, ettei kolme terveydenhoitajaa selvittänyt lainkaan lapsen ja perheen liikunta- ja ruokailutottumuksia. Terveydenhoitajat käyttivät terveystarkastusaineistoa lasten painonhallintatyössä sekä tekivät moniammatillista yhteistyötä. Kuitenkin neljä terveydenhoitajaa ei vastannut tekevänsä lainkaan moniammatillista yhteistyötä. Keskeisimmät terveydenhoitajien käyttämät asiantuntijat olivat lääkäri, ravitsemusterapeutti ja fysioterapeutti. Yhteistyötä tehtiin monien muidenkin asiantuntijoiden kanssa. Yksi terveydenhoitaja vastasi, ettei terveystarkastuksessa ollut lainkaan ravitsemusterapeutin virkaa. Ravitsemusterapeuttia ei siis ollut saatavilla, vaikka tarve olisi. Myönteistä oli, että useat terveydenhoitajat olivat yhteydessä alueen päiväkoteihin, ja näin saivat tietoa eteenpäin lasten vanhemmille ravitsemuksesta ja liikunnasta.

Lähes kaikissa terveystarkastuksissa tai työyhteisöissä oli käytössä lasten- ja nuorten painonhallintaohjelma. Kuitenkin jopa kaksi terveydenhoitajaa vastasi, ettei työyhteisössä ole lasten- ja nuorten painonhallintaohjelmaa. Läheskään kaikki terveydenhoitajat eivät olleet saaneet täydennyskoulutusta lasten painonhallinnasta, jopa 12 terveydenhoitajaa eli yksi neljännes vastaajista oli jäänyt ilman kyseisenlaista koulutusta. Jatkossa täydennyskoulutukselle olisikin tarvetta. Terveydenhoitajista oli täydennyskoulutuksen tarpeessa jopa 69 prosenttia. Täydennyskoulutusta haluttiin erityisesti, jotta saataisiin uusia työvälineitä motivointiin sekä esimerkiksi ravitsemustietoutta.

Terveydenhoitajien käsitykset lasten painonhallinnan problematiikasta ovat vastaajien kesken hyvin yhtenäiset. Vanhempien rooli lasten painonhallinnassa sekä resurssien riittämättömyys olivat keskeisiä ongelmia terveydenhoitajien lasten painonhallintatyössä. Lähes kaikki terveydenhoitajat käsittivät, että vanhempien motivointi mukaan lapsen painonhallintaan oli suurin keskeinen ongelma. Toinen ongelma oli

vaikuttavien työtapojen löytäminen. Sama vastaus toistui avoimessa kysymyksessä, kun kysyttiin perusteluja lasten painonhallinnan keskeisistä ongelmista. Kaksi kolmasosaa terveydenhoitajista ajatteli lasten painonhallintaproblematiikan olevan vanhemmista kiinni, eli painonhallintaongelmat syntyivät lasten vanhempien takia. Neljännes terveydenhoitajista ajatteli taas, että ongelmat ovat terveydenhoitajasta johtuvia, eli terveydenhoitajalla ei ole riittävän hyviä työmenetelmiä lasten painonhallintaan. Tästä kertoo myös resurssien riittämättömyys. Suurin osa terveydenhoitajista pitikin lasten painonhallintaan suunnattuja resursseja riittämättöminä.

11 POHDINTA

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, miten lastenneuvoloissa työskentelevät terveydenhoitajat käytännössä toimivat alle kouluikäisten lasten painonhallinnassa. Opinnäytetyössä selvitettiin terveydenhoitajien tietoja, työmenetelmiä ja käsityksiä lasten painonhallinnan problematiikasta. Opinnäytetyön tavoite siis toteutui kohtuullisen hyvin. Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin löytyi selvät vastaukset. Satakunnan alueen terveydenhoitajien mielestä ongelmallista ylipainoisen tai lihavan lapsen hoidossa on vanhempien rooli sekä lasten painonhallintaan suunnattujen resurssien riittämättömyys. Satakunnan alueen terveydenhoitajien työmenetelmät lasten painonhallinnassa ovat osittain puutteelliset. Terveydenhoitajilla ei oman käsityksensä mukaan ollut hallussa riittävän vaikuttavia työtapoja sekä aikaa tuntui olevan liian vähän lasten painonhallintaan.

Kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä oli mahdollisuus tavoittaa kaikki Satakunnan alueen lastenneuvoloiden terveydenhoitajat, vastausprosentiksi saatiin kuitenkin vain 47,5 prosenttiyksikköä. Vastauksien määrään vaikutti luultavasti positiivisesti sekä negatiivisesti kyselyn sähköinen muoto. Tietotekniikan hyödyntäminen kyselyssä oli osasta vastaajista hyvä asia, se helpotti ja nopeutti vastaamista. Opinnäytetyön mittarin validiutta on vaikea määritellä. Kuten tavallista tutkija ja vastaajat saattavat käsittää esitetyt kyselyn kysymykset erilailla. Mittarin validiutta kuitenkin vahvistanee ennen kyselyn julkaisemista tehty esitestaus. (Hirsjärvi ym. 2004, 231 -

232.) Avoimia kysymyksiä oli opinnäytetyön kyselyssä liikaa, tulokset olisivat olleet erilaiset, jos vastausvaihtoehtoja olisi rajattu tarkasti, tehty niistä suljettuja kysymyksiä. Esimerkiksi todennäköisesti useampi terveydenhoitaja tekee yhteistyötä lääkärin kanssa kuin tutkimuksessa esiin tullut alle puolet terveydenhoitajista. Opinnäytetyön tulokset ovat kohtuullisen luotettavat. Vain kaksi kyselyyn vastannutta terveydenhoitajaa teki enimmäkseen työtään muualla kuin lastenneuvolassa. Opinnäytetyön tulosten luotettavuutta saattaa siis kuitenkin vähentää vastaajien eri työtehtävät. Kouluterveydenhuoltoa tekevä terveydenhoitajahan ei ole riittävän luotettava vastaaja verrattuna tarkoitettuun kohderyhmään eli lastenneuvolatyötä tekeviin terveydenhoitajiin. Eri työtehtävissä toimivat terveydenhoitajat, joita oli kaksi kappaletta, otettiin kuitenkin mukaan kyselyyn, koska lasten painonhallinta ei kuitenkaan ole vain ja ainoastaan lastenneuvolan tehtävä. Myös esimerkiksi kouluterveydenhuollossa lasten lihavuus ja ylipaino ovat merkittävä terveyden edistämisen tehtävä. Mittarin eettisyys ei ole kyseenalaistettavaa, koska kysely oli suunnattu terveydenhoitajan työhön. Kyselyssä ei siis käytetty henkilötietoja, kysely koski vain terveydenhoitajan tekemää julkista terveydenhoitotyötä.

Kuten Javainen-Levola on saanut tutkimuksessaan Terveydenhoitajat liikunnan edistäjinä lastenneuvolatyössä (2009) selville, että terveydenhoitaja arvioi lapsen ja perheen liikunnanedellytyksiä. Samoin tästä opinnäytetyöstä käy ilmi, että terveydenhoitajat selvittävät tai toisin sanoen arvioivat lapsen ja perheen liikunta- ja ruokailutottumuksia. Tässä opinnäytetyössä olisi myös voitu esittää vielä jatkokysymys: ohjaatko ja tuetko lasta ja perhettä liikunta- ja ruokavalioasioissa. Tieto siitä, että terveydenhoitaja selvittää lapsen ja perheen liikunta- ja ruokailutottumuksia ei vielä kerro riittäväsi. Ei kuitenkaan tiedetä, onko terveydenhoitajalla myös tietoja, taitoja ja työmenetelmiä ohjata ja tukea perhettä eteenpäin. Vaikkakin kun tarkastellaan terveydenhoitajien käsityksiä lasten painonhallinnan problematiikasta, tulee ilmi, että terveydenhoitajien työmenetelmät lasten painonhallinnassa ovat puutteelliset. Terveydenhoitajille kaivattaisiin tämän opinnäytetyön perusteella lisää koulutusta vaikuttavien työtapojen oppimiseen ja löytämiseen lasten painonhallinnassa.

Tässä opinnäytetyössä selvitettiin myös Lasten lihavuuden Käypä hoito -suosituksen (2005) tuntemusta. Suurin osa kyselyyn vastanneista terveydenhoitajista vastasi tuntevansa kyseisen Käypä hoito -suosituksen. Opinnäytetyön tulosta tukee jonkin ver-

ran Leila Lehtomäen tekemä väitöstutkimus Valtakunnallisista suosituksista terveyskeskuksen talon tavoiksi (2009). Kyseisen tutkimuksen mukaan terveydenhoitajat tunsivat yleisesti terveydenhoitotyötä koskevia suosituksia. Tutkimuksessa todettiin kuitenkin, että hoitajien suositusten tuntemus on vaihtelevaa. Hoitajat tunsivat lähinnä omaa työaluetta koskevat suositukset. Esimerkiksi diabeteshoitaja tunsii Diabeteksen Käypä hoito -suosituksen (Lehtomäki 2009, 127 - 128.)

Terveydenhoitajien käsitystä iästä, jolloin lapsille alkaa syntyä ylipainoa selvitettiin opinnäytetyön yhteistyökumppaneiden pyynnöstä. Erikoissairaanhoidossa Satakunnan sairaanhoitopiirin lastentautien poliklinikalla on huomattu selvät iät, jolloin lapsille alkaa syntyä ylipainoa. Kyselyn tulos ylipainon alkamisiästä antanee vertailumahdollisuuden lasten poliklinikan omille havainnoille.

Vaikuttavien työtapojen löytäminen ja resurssien riittämättömyys nousivat keskeisiksi ongelmiksi kyselyn perusteella. Ylipainon ja lihavuuden puheeksi ottamista lapsen ja perheen kanssa ei pidetty niinkään ongelmallisena, mitä voisi kuvitella. Ilmeisesti painosta puhuminen on luontevaa samassa kun katsotaan yhdessä vanhempien kanssa lapsen kasvukäyriä. Kuitenkin, moni terveydenhoitaja kertoi avoimissa vastauksissa että paino on kovin arka aihe ja vanhemmat loukkaantuvat herkästi.

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää järjestettäessä terveydenhoitajille täydennyskoulutusta lasten painonhallinnasta. Opinnäytetyön tulokset myös välittävät viestin yhteiskunnalla lastenneuvolan resurssien tilasta. Opinnäytetyön tulosten perusteella lastenpainonhallintatyöhön ei ole panostettu riittävästi kunnan tasolta.

Jatkohaasteita opinnäytetyöstä nousee useita. Kokemuksia Porin kaupungin lasten ja nuorten painonhallintaohjelmasta voisi selvittää. Voitaisiin myös tutkia esimerkiksi perheen vaihetta, kun lapsi siirtyy syömään yhdessä muun perheen kanssa samaa ruokaa, miten tähän vaiheeseen voitaisiin vaikuttaa lapsen terveyttä ja koko perheen terveyttä edistävästi. Myös alle kouluikäisten lasten liikunnan harrastaminen kaipaisi vielä lisäselvitystä. LATE -hanke luultavasti kyllä tuo lisää tietoa näistä kaikista aihealueista, mutta tarkempi tutustuminen ei liene pahitteeksi.

LÄHTEET

- Armanto , A., Koistinen, P. 2007. Neuvolatyön käsikirja. Hämeenlinna. Tammi. 287-292.
- Baker, J.L., Olsen, L.W., Sørensen, T.I.A. 2007. Childhood Body-Mass Index and the Risk of Coronary Heart Disease in Adulthood. [verkkolehti] The New England journal of medicine vol. 357 no. 23. [viitattu 29.9.2009] Saatavissa: <http://content.nejm.org/cgi/reprint/357/23/2329.pdf>
- Campbell, M., Williams, J., Hampton, A. & Wake, M. 2006. Parental concerns about childhood obesity and the strategies employed to prevent weight gain in children.[verkkolehti] Public Health Nutrition, 9 (7): 889-895. [viitattu 6.11.2009] Saatavissa: <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=586416>
- Gardner, D., Hosking, J., Metcalf, B., Jeffery, A., Voss, L., Wilkin, T. 2009. Contribution of Early Weight Gain to Childhood Overweight and Metabolic Health: A Longitudinal Study (EarlyBird 36). [verkkolehti]Pediatrics 2009;123:e67-e73. [viitattu 7.10.2009]. Saatavissa: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/abstract/123/1/e67?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=obesity+children&searchid=1&FIRSTINDEX=0&volume=123&issue=1&resourcetype=HWCIT>
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Tammi. 139-140, 231-232.
- Janson, A., Danielsson, P. 2005. Painonsa arvoiset: lasten ylipainosta vanhemmille ja ammattilaisille. Helsinki. Edita. 33.
- Javanainen-Levonen, T. 2009. Terveystenhoitajat liikunnanedistäjinä lastenneuvolatyössä. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä. 67-70.
Suomen terveydenhoitajaliitto. Tiedote 11.11.2009. Neuvoloissa isot henkilöstövajaukset: Terveystenhoitajaliitto vakavasti huolissaan lasten ja nuorten ehkäisevistä palveluista. [viitattu 19.11.2009] Saatavissa: <http://www.terveydenhoitajaliitto.fi/fi/ajankohtaista/?a=viewItem&itemid=233>
- Kalavainen, M., Päätalo, A., Ihanainen, M., Nuutinen, O. 2008. Mahtavat muksut. Ratkaisuja ylipainoisen lapsen hoitoon. Vammala. Dieettimedia oy.
- Kyttälä, P., Ovaskainen, M., Kronberg-Kippilä, C., Erkkola, M., Tapanainen, H., Tuokkola, J., Veijola, R., Simell, O., Knip, M., Virtanen, SM. 2008. Lapsen ruokavalio ennen kouluikää. [verkkodokumentti]. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 23 / 2008. [Viitattu 29.9.2009] Saatavissa: http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b32.pdf

Lahti-Koski, M., Sirén, M. 2004. Ravitsemuskertomus 2003. [verkkodokumentti]. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B4/2004. [viitattu 1.10.2009] Saatavissa: http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2004b4.pdf

Lauhkonen, E., Saha, M-T. 2008. Lasten lihavuus avoterveydenhuollon haasteena: terveydenhoitajien käytännön kokemuksia. Alkuperäistutkimus. Yleislääkäri – Allmänläkaren 2008 vol. 23 no. 3 s.29-33.

Lehtomäki, L. 2009. Valtakunnallisista suosituksista terveystieteiden talon tavoiksi. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, terveystieteen laitos. Tampereen yliopistopaino Oy – Juvenes Print. 127 – 128.

Mustajoki, P., Fogelholm, M., Rissanen, A., Uusitupa, M. 2006. Lihavuus – ongelma ja hoito. Helsinki. Duodecim. 284 – 326.

Mustajoki, P. 2008. Ylipaino – tietoa lihavuudesta ja painonhallinnasta. Helsinki. Duodecim. 95-96

Nikkanen, S-T. 2008. Vanhempien ja asiantuntijoiden kokemuksia lasten ylipainon moniammatillisen ehkäisyohjelman toteutuksesta. Pro gradu –tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Nuori Suomi ry. Suomen Liikunta ja Urheilu (SLU). Suomen Kuntoliikuntaliitto. Suomen Olympiakomitea. Helsingin kaupungin teettämä Liikuntatutkimus 2005-2006. Suomen Gallup Oy.

Opetusministeriö. 2006. Kansallinen liikuntatutkimus 2005 – 2006. Lapset ja nuoret. [verkkodokumentti]. SLU:n julkaisusarja 4/06. [viitattu 1.10.2009] Saatavissa: http://slu-fi-bin.directo.fi/@Bin/81f14a48ef88d28a0d3cc5c3f2d096e3/1257249929/application/pdf/119514/Kansallinenliikuntatutkimus_2005_2006lapsetjanuoret.pdf

Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E-M., Sirola, K. 2002. Terveyden edistäminen – Uudistuvat työmenetelmät. Juva. WSOY. 148-156.

Porin kaupungin terveysvirasto. 2007. Lasten ja nuorten painonhallinnan hoito-ohjelma [verkkodokumentti] Euroopan sosiaalirahasto. OPETA –hanke. Porin kaupunki. [viitattu 20.11.2008] Saatavissa: <http://www.pori.fi/ter/porinopetusterveyskeskus/liite2.pdf>

Porin kaupunki. 2007. Lasten hyvinvointihanke HYVIS [verkkodokumentti] Länsi-Suomen lääninhallitus. Porin kaupunki. [viitattu 4.11.2009] Saatavissa: <http://www.pori.fi/hyvis/materiaali/hankesuunnitelma.pdf>

Rimpelä, M., Saaristo, V., Wiss, K., Ståhl, T. Terveyden edistäminen terveystieteiden talossa 2008. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 19/2009. [viitattu 19.11.2009] Saatavissa: <http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/8913845C-BEB9-4A84-8BD8-2AF1A7BC448A/0/Terveystiededist%C3%A4minenterveyskeskuksissa.pdf>

Saha, M-T., Keskinen, P., Veijola, R., Tapanainen, P. 2003. Uhkaako tyypin 2 diabetes myös suomalaisia lapsia? [verkkolehti] Duodecim 2003;119:1419–23. [Viitattu 1.4.2009] Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo93703.pdf>

Saha, M-T. 2007. Tyypin 2 diabetes ei ole vain aikuisten sairaus. [verkkolehti] Diabetes ja lääkäri vol. 36. 2/2007. 19-20. [Viitattu 20.11.2008] Saatavissa: http://www.diabetes.fi/tiedoston_katsominen.php?dok_id=648

Salo, M. 2006. Lasten lihavuus – paljon työtä edessä. [verkkolehti] Duodecim 2006;122: 1211-1212. [viitattu 30.9.2009]. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo95749.pdf>

Satakunnan ammattikorkeakoulu. Ohjeita opiskelijoille opinnäytetyöskentelyyn: AMK-perustutkintoon johtava koulutus [verkkodokumentti]. Pori: 2008 [viitattu 21.11.2008]. Saatavissa: www.samk.fi

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lastenlääkäriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Lasten lihavuus. [verkkodokumentti]. Käypä hoito –suositus 1.8.2005. [viitattu 20.11.2008] Saatavissa: www.kaypahoito.fi

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Diabetesliiton lääkarineuvoston asettama työryhmä. Diabetes. [verkkodokumentti] Käypä hoito –suositus 15.9.2009. [viitattu 27.10.2009] Saatavissa: http://www.kaypahoito.fi/kotisivut/sivut.koti?p_sivusto=6&p_navi=1303&p_url=http://www.kaypahoito.fi/kh/kh_julkaisu.suosituks

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004. Lapsi, perhe ja ruoka. Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus [verkkodokumentti]. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:11. [viitattu 1.4.2009] Saatavissa: <http://pre20090115.stm.fi/pr1095673148360/passthru.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille [verkkodokumentti]. Oppaita 2004:14. [viitattu 9.10.2009]. Saatavissa: <http://pre20090115.stm.fi/pr1098955086116/passthru.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. Liikunta – hyvinvointipoliittinen mahdollisuus. [verkkodokumentti]. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:1. [Viitattu 3.11.2009] Saatavissa: <http://pre20090115.stm.fi/pr1169019512649/passthru.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Terveiden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. [viitattu 1.10.2009] Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-9303.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Terveys 2015 –kansanterveysohjelma [verkkodokumentti] Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2001:8. [viitattu 4.11.2009] Saatavissa: http://www.terveys2015.fi/esite_fin.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2005. Varhaiskasvatuksen liikunnan suositukset. [verkkodokumentti] Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:17. [Viitattu 29.9.2009]

Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3739.pdf&title=Varhaiskasvatuksen_liikunnan_suosituksset_fi.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2002. Valtakunnallinen uniapneaohjelma 2002-2012. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:4. 3-25. [viitattu 30.10.2009] Saatavissa: <http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/uniapnea/uniapnea.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Valtioneuvoston periaatepäätös terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon kehittämislinoista [verkkodokumentti]. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2008:10. 10-11. [viitattu 29.9.2009.] Saatavissa: <http://pre20090115.stm.fi/pr1221461425231/passthru.pdf>

Suomen terveydenhoitajaliitto. 2009. Tiedote 11.11.2009. Neuvoloissa isot henkilöstövajaukset: Terveydenhoitajaliitto vakavasti huolissaan lasten ja nuorten ehkäisevistä palveluista.

Tapanainen, P. 2007. Lapsen normaali ja poikkeava kasvu [verkkodokumentti]. Terveysportti. Lääkärin käsikirja. [viitattu 22.1.2009] Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/pls/kh/kh_julkaisu.NaytaArtikkeli?p_artikkeli=ykt00673#s3

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2009. Lasten ja nuorten terveysseuranta. LATE – hanke. [viitattu 7.10.2009] Saatavissa: <http://www.ktl.fi/tto/late/tulostettava.html>

Tilastokeskus. 2007. Suomalainen lapsi 2007 [verkkodokumentti]. Sosiaalitalastoseminaari 12.4.2007. 17-18. [Viitattu 9.10.2009]. Saatavissa: http://www.stat.fi/ajk/tapahtumia/2007-04-12_esittely_suomi_lapsi.pdf

Tuomi, J., Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi. Helsinki. 105.

Turku, R. 2007. Muutosta tukemassa. Edita. Helsinki. 41-43

Turun kaupunki. 2006. Painokas projekti 2006-2008 [verkkodokumentti]. [Viitattu 5.11.2009] Saatavissa: <http://www.painokas.fi/yleisesittely.php#alku>

Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta. 380/2009.

Whitaker, R.C., Wright, J.A., Pepe, M.S., Seidel, K.D., Dietz, W.H. 1997. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. [verkkolehti] The New England journal of medicine vol.337 no.13. [viitattu 26.10.2009] Saatavissa: <http://content.nejm.org/cgi/reprint/337/13/869.pdf>

Zehle, K., Wen, LM. & Rissel, C. 2007. ” It’s not an issue at the moment” : a qualitative study of mothers about childhood obesity. [verkkolehti] The American journal of maternal/ child nursing, 32 (1): 36-41. [viitattu 6.11.2009] Saatavissa: http://journals.lww.com/mcnjournal/Abstract/2007/01000/It_s_Not_an_Issue_at_the_Moment__A_Qualitative.8.aspx

Re: Lasten lihavuus opinnäytetyön aiheena

Marja-Terttu Saha [REDACTED]

Lähetetty: 26. marraskuuta 2008 10:00

Vastaanottaja: [Tyrvänen Maija](#)

Lainaus Tyrvänen Maija [REDACTED] >:

Hei vaan,

löytämäsi julkaisu on se "laajempi" julkaisu, muita emme ole tehneet tämän kyselyn pohjalta. Tästä tutkimuksesta on syventävän opinnäytetyönsä Tampereen yliopistossa tehnyt Eero Lauhkonen, häneltä voit tietenkin kysyä saisiko hänen raportistaan kopion. Mikäli Eero edelleen opiskelee, hänen sähköpostiosoitteensa on uta.fi. Kyselylomakkeemme ei ole mitenkään suojattu tai patentoitu. terveisin Marja-Terttu Saha

> Hei!

>

> Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulussa terveydenhoitajaksi ja
> teen opinnäytetyötä aiheesta: terveydenhoitajien kokemuksia lasten
> lihavuuden hoidosta.

> Aihetta en ole vielä osannut rajata kovin tarkkaan, tekisi mieli
> tutkia vähän kaikkea!

>

> Löysin kuitenkin tekemänne tutkimuksen: "Lasten lihavuus
> avoterveydenhuollon haasteena - terveydenhoitajien käytännön
> kokemuksia" Yleislääkäri lehdestä.

> Ja ajattelin, jos voisin hyödyntää laatimaanne kyselylomaketta
> omassa opinnäytetyössäni.

>

> Saisinko käyttööni jostain laajemman julkaisun tutkimuksesta?
> Ja olisiko minun siis mahdollista käyttää samaa kyselylomaketta?

>

>

> Ystävällisin terveisin: Maija Tyrvänen

>

--

Marja-Terttu Saha, M.D., Ph.D.

[REDACTED]

Maija Tyrvänen
[REDACTED]

ANOMUS

1.3.2009.
[REDACTED]

Päivi Rouhelo, perhepalvelupäällikkö
Kankaanpään kansanterveystyön kuntayhtymä
PL 46
38701 KANKAANPÄÄ

TUTKIMUSLUPA

Opiskelen terveydenhoitajaksi Satakunnan ammattikorkeakoulussa Porissa. Teen opinnäytetyötä aiheesta: Terveydenhoitajien käsityksiä lasten painonhallinnasta Satakunnan alueen neuvoloissa.

Tutkimuksen tavoitteena on selvittää, miten perusterveydenhuollossa työskentelevät terveydenhoitajat toimivat lasten painonhallinnassa. Tutkimus toteutetaan kvantitatiivisena tutkimuksena. Aineisto kerättäisiin Satakunnan alueen terveydenhoitajilta internetin välityksellä. Kyselyyn vastataan anonyymina.

Anon tutkimuslupaa toteuttaa kysely Kankaanpään kansanterveystyön kuntayhtymän terveystieteissä.

Opinnäytetyöni ohjaajana toimii hoitotyön lehtori Elina Liimatainen-Yläne (puh: [REDACTED], sähköposti: [REDACTED]).

Yhteistyöterveisin,

Maija Tyrvänen



12.3.2009

**TUTKIMUSLUPA MAIJA TYRVÄSEN OPINNÄYTETYÖHÖN KOSKIEN LASTEN
PAINONHALLINTAA SATAKUNNAN NEUVOLOISSA TERVEYDENHOITAJIEN
KOKEMANA**

Myönnän th-opiskelija Maija Tyrväselle tutkimusluvan anonyymin internet-pohjaisen kyselyn toteuttamiseen kevään 2009 aikana Pohjois-Satakunnan Liikelaitoskuntayhtymän lastenneuvolatyötä tekeville terveydenhoitajille. PoSaan kuuluvat Honkajoen, Jämijärven, Kankaanpään, Karvian ja Siikaisten kuntien sosiaali- ja terveyspalvelut. Joka kunnassa toimii lastenneuvola. Terveystenhoitajia lastenneuvolatyössä meillä on yhteensä 10. Tavoitat heidät ryhmänä osoitteella perheterveys@eposa.fi.

Kankaanpäässä 12.03.2009

Päivi Rouhelo

Perheterveydenhuollon päällikkö



Esimerkki sisällönanalyysistä.

- vanhemmat eivät ota painonnousua vakavasti
- vanhempien omista ruokailutottumuksista luopuminen
- vanhemmat on vaikea saada ymmärtämään ylipainon terveyshaitat
- aikaa ei ole riittävästi, haastavaa
- vanhemmat loukkaantuvat eivätkä ymmärrä, että he vastaavat ruuan hankinnasta ja lapsen syömisestä.
- vanhemmilla paljon selityksiä
- vanhemmat kokevat painoasian yksityisasiaksi ja loukkaantuvat
- vaikea löytää oikea työtapa
- ylipaino koetaan enemmän ulkonäkö kuin terveysriskinä
- työ mitoitettu yli normien
- vanhemmat antavat tuloja "oikeat" vastaukset terveellisistä ruokailutottumuksista, silti painonousee
- vanhemmat usein myös ylipainoisia, eivätkä osaa huolestua
- jos vanhemmat eivät ole motivoituneita, tuloja työtä turhaa
- leikki-ikäinen ei ole vastuussa painostaan
- vanhemmat eri mieltä, milloin lapsi on ylipainoinen
- ruoalla lahjotaan
- seurantakäynnit olisi hyviä, mahdollisuus antaa aika etukäteen, ei aikoja riittävästi
- koko perheen motivoituminen
- lapsi ei motivoitu yksin
- seurantakäynneillä ei muutoksia
- pieni kunta = sukurasisitteet
- asia vaikea tuoda esille myös itse lapselle
- pienestä painonnoususta mainitseminen koetaan nipottamisena
- yleinen mielipide = kyllä se siitä hoikistuu kuten sisaruksetkin
- tarvittaisiin esim. psykologin vetämä ryhmä
- jos vanhempi loukkaantunut lapsen painonnousun huomioimisesta, ei vanhempi ole motivoitunut
- resurssit liian pienet, lisää tapoja ja materiaalia
- vanhemman mielestä lapsi syö terveellisesti, mutta ruokahalu on suuri, eikä nälässä voi pitää
- mallioppiminen suurin tekijä

- vaikea asia, häpeä, loukkaantuvat
- tarjoavat lapselle ruoan kotona
- paljon selityksiä, esim. sukurasite
- eivät ota painonnousua vakavasti
- vähättelevät painonnousua
- eivät näe painonnousua, kieltävät
- joutuvat luopumaan omista ruokailutottumuksistaan
- eivät ymmärrä terveyshaittoja
- ovat itse ylipainoisia
- ovat tulojen kanssa erimielitä milloin lapsi on ylipainoinen
- lahjoivat lapsia ruoalla
- kokevat että tuloja nipottaa, kun mainitsee lapsen painonnoususta

→ VANHEMMAT

- ei riittävästi aikaa
- ei ole antaa seuranta-aikoja
- haastavaa työtä
- koko perheen motivointi?
- oikeat työtavat?
- psykologin vetämä ryhmä?
- liikaa töitä/asiakkaita
- vanhemmat eivät ole motivoituneita, työ turhaa

→ TERVEYDENHOITAJA

- leikki-ikäinen ei vastuussa
- ei motivoitu yksin
- vaikea asia myös lapselle

→ LAPSI

Terveystenhoitajien käsityksiä lasten painonhallinnasta Satakunnan alueen neuvoloissa

Hyvä terveystenhoitaja!

Opinnäytetyöni aiheena on lasten painonhallinta. Tämän kyselyn avulla kerään terveystenhoitajien käsityksiä lasten painonhallinnasta Satakunnan alueen neuvoloissa. Kyselyyn vastaaminen vie noin 20 minuuttia. Toivon, että vastaat kaikkiin kysymyksiin. Vastaukset tallentuvat nimettöminä. Jos vastaamisessa ilmenee ongelmia, voit ottaa yhteyttä minuun sähköpostitse:

Odotan vastaustasi 17.4.2009 mennessä.

Yhteistyöterveisin,
Maija Tyrvänen, terveystenhoitajaopiskelija, Satakunnan ammattikorkeakoulu

* Pakollinen

1. Missä kunnassa työskentelet? *

2. Kuinka monta neuvolaikäistä lasta kuuluu vastuualueeseesi? *

3. Kuinka monta vuotta olet toiminut terveystenhoitajana? *

4. Milloin lapsi on mielestäsi ylipainoinen?

Voit valita useamman vaihtoehdon.

- en osaa sanoa
- käsitteet ylipaino ja lihavuus eivät mielestäni eroa toisistaan
- kun lapsen pituuspaino ylittää 10%
- kun lapsen pituuspaino ylittää 20%

5. Milloin lapsi on mielestäsi lihava?

Voit valita useamman vaihtoehdon.

- en osaa sanoa
- käsitteet ylipaino ja lihavuus eivät mielestäni eroa toisistaan
- kun lapsen pituuspaino ylittää 20%
- kun lapsen pituuspaino ylittää 30%

6. Mikä on mielestäsi huolestuttavaa lasten painon kehityksessä?

7. Millä käynneillä selvität leikki-ikäisen (sekä perheen) ruokailutottumuksia?

Voit valita useamman vaihtoehdon.

- 2-vuotiskäynnillä
- 3-vuotiskäynnillä
- 4-vuotiskäynnillä
- 5-vuotiskäynnillä
- 6-vuotiskäynnillä
- en selvitä lainkaan

8. Millä käynneillä selvität lapsen ja perheen liikuntatottumuksia?

Voit valita useamman vaihtoehdon.

- 2-vuotiskäynnillä
- 3-vuotiskäynnillä
- 4-vuotiskäynnillä
- 5-vuotiskäynnillä
- 6-vuotiskäynnillä
- en selvitä lainkaan

9. Missä ikävaiheessa tytöillä alkaa mielestäsi syntyä ylipainoa?

Voit valita useamman vaihtoehdon.

- 1 vuoden iässä
- 2 vuoden iässä
- 3 vuoden iässä
- 4 vuoden iässä
- 5 vuoden iässä
- 6 vuoden iässä

10. Missä ikävaiheessa pojilla alkaa mielestäsi syntyä ylipainoa?

Voit valita useamman vaihtoehdon.

- 1 vuoden iässä
- 2 vuoden iässä
- 3 vuoden iässä
- 4 vuoden iässä
- 5 vuoden iässä
- 6 vuoden iässä

11. Käytätkö ohjauksen tukena jotain terveystkasvatusaineistoa?

- kyllä
- en

11.1. Jos vastasit kyllä, niin millaista aineistoa käytät ja miten?

11.2. Jos vastasit en, niin miksi et?

- en koe tarvitsevani terveystkasvatusaineistoa ohjauksen tukena
- aikaa ei ole riittävästi
- ajantasalla olevaa terveystkasvatusaineistoa ei ole riittävästi tarjolla
- Muu:

12. Teetkö yhteistyötä muiden ammattiryhmien kanssa lasten painonhallintaan liittyvissä asioissa?

- kyllä
- en

12.1. Jos vastasit kyllä niin, minkä ammattiryhmien kanssa ja millaista yhteistyötä?

13. Mitkä ovat omassa työssäsi keskeiset ongelmat lasten painonhallinnassa?

Valitse kaksi tärkeintä vaihtoehtoa.

- asian puheeksi ottaminen
- lasten motivointi
- vanhempien motivointi mukaan hoitoon
- vaikuttavien työtapojen löytäminen
- seurantakäyntien järjestäminen
- ajan riittäminen
- Muu:

13.1. Perustele vastauksesi.

14. Onko omassa työyhteisössäsi jokin sovittu malli, jonka mukaan lasten lihomiseen puututaan?

- kyllä
- ei

14.1. Jos vastasit kyllä, niin millainen malli?

15. Tunnetko lasten lihavuuden Käypä hoito -suosituksen?

- kyllä
- en

15.1. Jos vastasit kyllä, niin miten hyödynnät sitä työssäsi?

16. Oletko saanut täydennyskoulutusta lasten painonhallinnasta?

- kyllä
- en

16.1. Jos vastasit kyllä, niin milloin ja millaista koulutusta?

17. Tarvitsetko täydennyskoulutusta lasten painonhallinnasta?

- kyllä
- en

17.1. Jos vastasit kyllä, niin millaista koulutusta?

18. Ovatko resurssit (eli voimavarat tai toiminnan edellytykset; kuten työmäärä, työaika, työvoima) mielestäsi riittävät lasten painonhallinnassa?

- kyllä
- ei

18.1. Perustele vastauksesi.

19. Palaute kyselystä ja kommentteja aiheesta.

Lähetä

Palvelun tarjoaa [Google-dokumentit](#)

[Palveluehdot](#) - [Lisäehdot](#)